نموذج رقم "٨"

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات المطلوبة

الاسم الرباعي / علي حسن صحفان الزهراني — الكلية : التربية.

التخصص : إرشاد نفسي.

القسم / علم النفس

الاطروحة مقدمة لنيل درجة : الماجستير.

عنوان الاطروحة : -

تشخيص مرض الإكتئاب والعوامل المرتبطة به باستخدام مقياس "بك" للإكتئاب بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية

==

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين

وبعد : -

فبناءً على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الاطروحة العلمية المذكورة عاليه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤١٣/١١/١٨هـ وقبولها بعد إجراء التعديلات المطلوبة. وحيث قد تم عمل اللازم.. فإن اللجنة توصي بإجازة الاطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي لنيل الدرجة العلمية المذكورة أعلاه.

المشرف	مناقش من داخل القسم	مناقش من خارج القسم
د. عبد المنان ملا معمور بار	د. محمد حمزة السليماني	د. حمزة خليل مالكي

يعتمد ،،

رئيس قسم علم النفس

د. علي سعيد عسيري

١٤١٤/١/١٥هـ

المملكة العربية السعودية
جامعة ام القرى
كلية التربية - مكة المكرمة
قسم علم النفس

٣٠١٠٢٠٠٠٠٠٢٠٧٥

تشخيص مرض الإكتئاب والعوامل المرتبطة به باستخدام مقياس «بك» بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب
علي بن حسن صحفان الزهراني

إشراف الدكتور
عبد المنان ملا معمور بار

متطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس
تخصص إرشاد نفسي

الفصل الدراسي الثاني
١٤١٢هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ فمن يرد الله أن يهديه يشرح
صدره للإسلام ومن يرد أن يضله
يجعل صدره ضيقاً حرجاً كأنما
يصّعّد في السماء كذلك يجعل
الرجس على الذين لا يؤمنون ﴾

(الأنعام ١٢٥)

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث
إجراءات الدراسة

الفصل الرابع
عرض النتائج وتفسيرها

ملخص الدراسة

الموضوع : تشخيص مرض الإكتئاب والعوامل المرتبطة بإستخدام مقياس «بك» بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية .

الأهداف : هدفت الدراسة إلى مايلي:

١ - الكشف عما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل الجنس.

٢ - الكشف عما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل السن .

٣ - الكشف عما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى التعليم .

٤ - الكشف عما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً للحالة الإجتماعية.

٥ - الكشف عما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى الدخل .

٦ - الكشف عما إذا كان هناك إتفاق بين تشخيص الطبيب النفسي وما يقيسه مقياس الإكتئاب.

العينة : حددت عينة الدراسة من المرضى المكتئبين الذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب النفسي ، من حيث تكونت العينة الإجمالية من (٢٠٠) مريضاً من ثلاثة مناطق رئيسية بالمنطقة الغربية (جدة ومكة والطائف).

الأدوات : مقياس BECK للحالة المزاجية إعداد (خضر، والشناوي، ١٩٨٧م).

الإسلوب الإحصائي : ١- المتوسطات الحسابية. ٢- الإنحرافات المعيارية. ٣- إختبار(ت).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل الجنس لصالح الإناث.

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل السن لصالح كبار السن .

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى التعليم لصالح الأقل تعليماً.

٤ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً للحالة الإجتماعية.

٥ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى الدخل.

٦ - يوجد إتفاق بين تشخيص الطبيب النفسي وما يقيسه مقياس الإكتئاب.

التوصيات: في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحث بالتوصيات والمقترحات التالية:

* رفع مستوى التعليم الإجباري في المملكة العربية السعودية بحيث يصبح الحد الأدنى الشهادة المتوسطة .
* الإهتمام بكبار السن من حيث إيجاد الأندية وأماكن للتسلية والترفيه لقضاء أوقات فراغهم مع من يجدون معهم التقارب في التفكير.
* عقد الندوات والمحاضرات واللقاءات الصحفية والمقابلات التلفزيونية مع المتخصصين في مجال الأمراض النفسية لتوعية الناس للوقاية من الأمراض النفسية.

عميد الكلية	المشرف	إعداد الطالب
د/ حسن علي مختار	د/ عبد المنان ملا معمور بار	علي بن حسن صحفان الزهراني

الإهـــــداء

.. إلى والدي ووالدتي العزيزين .. رمز الوفاء والمحبة .

.. إلى أخي عبد الله وبقية أخوتي .

.. إلى زوجتي وابني رياض .

أهدي لهم هذا الجهد المتواضع

محبكم

علي بن حسن الزهراني

شكر وتقدير

الحمد لله القائل في كتابه العزيز « واشكروا لي ولا تكفرون » البقرة :١٥٢ وأصلي وأسلم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن اهتدى بهديه وسن بسنته إلى يوم الدين .. أما بعد ..

فالحمد لله الذي من علي بنعمه الكثيرة ووفقني في إخراج هذه الرسالة إلى حيز الوجود وهذا بفضله سبحانه وتعالى ثم بفضل ودعم **أستاذي العزيز سعادة الدكتور / عبد المنان ملا معمور بار** الذي مهما قلت فيه من المديح فلن أوفيه حقه ، فلقد غمرني بعلمه وعطفه المنهمرين ، ولن أنسى له هذا الصنيع وسأظل أدين له بهذا الجميل ما حييت .

كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى الأستاذين الكريمين المناقشين لهذه الرسالة **سعادة الدكتور / محمد حمزة السليماني** الأستاذ المشارك بقسم علم النفس - جامعة أم القرى - (مناقش داخلي) **وسعادة الدكتور / حمزة خليل مالكي** الأستاذ المساعد بقسم علم النفس - جامعة الملك عبد العزيز - (مناقش خارجي) لمناقشتهما هذه الرسالة رغم مشاغلهما وأعبائهما الكثيرة سائلاً الله عز وجل أن يجعل ذلك في ميزان أعمالهما الصالحة كما أن لتوجيهاتهما الأثر الكبير في إظهار هذه الرسالة بالمظهر المشرف .

كما أتوجه بالدعاء والشكر بعد شكر الله - لأولئك الرجال الأفذاذ الذين وقفوا بجانبي وساندوني في طريق بحثي الطويل دون كلل أو ملل وهم قبل ذلك قد طوقوا عنقي بجميل لا أنساه وهم **الدكتور / فاروق السنديوني والدكتور / زايد الحارثي والدكتور / جمال تتراز .**

كما لا يفوتني أن أشكر زميلي **الدكتور / خالد عبد العظيم منصور** أخصائي الأمراض النفسيه والعصبيه بمستشفى الملك عبد العزيز لما وجدته منه من دعم وتوجيه فله مني جزيل الشكر والتقدير وختاماً أتقدم بالشكر الجزيل إلى سعادة مدير الشئون الصحية بالعاصمة المقدسة **الأستاذ / عمران كاتب** وإلى مدير مستشفى الصحه النفسيه بالطائف **الدكتور / فهد بن دليم** ومدير مستشفى الصحه النفسيه بجده **الدكتور / عمر با دحدح** وإلى جميع الأخوة والزملاء العاملين في القطاع الصحي بالمنطقة الغربية نظير ما لقيته منهم من رعاية وإهتمام وما قدموه لي من تسهيلات.

سائلاً المولى القدير أن يجزيهم عني خير الجزاء

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،

فهرس الجداول

الفصل الاول

المدخل الى الدراسة

* المقدمة.
* اهمية الدراسة.
* اهداف الدراسة.
* حدود الدراسة.
* مصطلحات الدراسة.

المقدمة :

عرف الإنسان الإكتئاب أو الإنقباض منذ نشأة المجتمعات الإنسانية وينظر إليه عبر التاريخ على أنه من أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً. والإكتئاب يعتبر من الخبرات الإنسانية الشائعة فكل فرد من بني البشر تقريباً يمر في مرحلة من مراحل عمره بخبرات سيئة أو مشاكل عابرة أو حادة قد يقع فريسة سهلة لها (عبد الخالق، ١٩٩١م، جـ١ ص: ٧٩).

يقول (صادق، ١٩٩٠م):

> « أن الإكتئاب من الأمراض المناقضة للحياة فإذا نثرته على الزرع أحرقه، وإذا أطلقته في الهواء أفسده، وإذا سرى في الدم سممه، وهو أكثر فتكاً من الميكروبات القاتلة تهاجم بشراهة كل خلايا الجسم فتعطلها، فهو ليس بمرض نفسي ولا عقلي فحسب ولكنه مرض جسمي أيضاً، يهتك الجسد ويؤذيه يعصره بالألم أو يكويه بالنار، يقبض على القلب، ويضغط على الصدر، ويسد المعدة ويشل الأمعاء» (ص : ٧٠).

والكآبة أو السوداوية هي من أحد الأشكال الأربعة للمرض العقلي والتي حددها أبو قراط في القرن الرابع قبل الميلاد (عبد الخالق، ١٩٩١م ،جـ٢).

ولقد عرفه المسلمون الأوائل وأطلقوا عليه مسميات عديدة فمنهم من أطلق عليه «الهم» وآخر أطلق عليه «المالنخوليا» (الرازي، ١٩٣٩م).

ويرى (الرازي، ١٩٣٩م) أن كثرة التفكير والأعمال الذهنية تجلب المالنخوليا وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال العام، ويضرب لنا الأمثلة الكثيرة على ذلك منها الذي يقصر في طلب العلم أو مهنة مما يؤدي إلى الكآبة.

والإكتئاب ينتشر وبشكل مذهل، فهذا سارتورياس يرى أن هناك مائة مليون إنسان على الأقل في مختلف بقاع العالم يعانون من إضطراب الإكتئاب (عبد الخالق: ١٩٩١م،جـ١).

ونظراً لهذه الكثرة في عدد المرضى المصابين بهذا المرض والذي يزداد إنتشاره كل يوم، فلقد شهدت العقود الثلاثة الأخيرة إهتماماً بالغاً بالمقاييس النفسية التي تشخص لنا تلك الأمراض أو تساعدنا في الكشف عنها.

لذلك نجد أن المقاييس النفسية بدأت تأخذ طريقها في الإنتشار، ولكن ليس بالكثرة التي ينشدها المتخصصون في هذا المجال.

ونحن في المملكة العربية السعودية رغم الإهتمام الكبير الذي توليه الدولة بالمرضى النفسانيين إلا أننا لا نزال في بداية الطريق فيما يتعلق ببناء المقاييس النفسية وخاصة ما يهمنا منها المقاييس التشخيصية المستخدمة في مجال الأمراض النفسية، لهذا كان لزاماً على الباحثين المتخصصين في هذا المجال إثراء هذا الموضوع بالدراسات العلمية التجريبية حيث أنها أرض خصبة صالحة للعديد من الدراسات العلمية، زيادة على ذلك الخطوات الحثيثة التي تخطوها الدولة نحو التقدم والرقي.

وهذا ما دعا الباحث لإختيار مقياس BECK للإكتئاب والذي قام بتقنينه (خضر والشناوي، ١٩٩١م) على مدينة الرياض وذلك للتعرف على فاعليته التشخيصية.

أهمية الدراسة : -

إن عصرنا هذا يصح تسميته مجازاً بعصر القلق والإكتئاب، كيف لا والحياة يزيدها الإنسان تعقيداً يوماً بعد يوم، ليس الإنسان وحده بل كل مستلزمات ومتطلبات هذا الوقت العجل، لذلك لا غرابة أن تكثر الأمراض النفسية يوماً بعد آخر، ولا عجب أيضاً أن تنتشر المصحات النفسية في كل مكان، فالإنسان - إنسان هذا العصر - يعاني الأمرين بين إمكاناته وقدراته ومتطلبات هذا العصر، فأما أن يثبت وجوده وشخصيته أو أن ينحصر ويقف خلف السائرين نحو المستقبل المأمول وفي كلا الحالتين هناك ثمن يدفعه هذا الإنسان. وبعد هذا اللهث المستمر في سبيل حياة أفضل وظروف أكثر مناسبة لا عجب أن يصاب الإنسان بنوع من الأمراض النفسية، قد يكون هذا المرض واضحاً جلياً، وذلك من خلال سلوكياته وتصرفاته أو يكون مكبوتاً داخل نفسه ينتظر اللحظة المناسبة أو الوقت الملائم لينفجر ويظهر أمام الجميع.

إن أفضل مثال على ما سبق ذكره من الأمراض النفسية وأكثرها إنتشاراً هو مرض الإكتئاب، هذا الداء أتعب الكثير من المتخصصين وما زال، لذلك نجد الدول المتقدمة أولت الأمراض النفسية إهتماماً بالغاً ورعاية خاصة من أجل الإرتقاء بمستوى الفرد والمحافظة على صحته النفسية، وكذلك الحال في الدول التي تحاول أن تصل إلى ما وصلت إليه تلك الدول من التقدم والرقي.

والمملكة العربية السعودية واحدة من هذه الدول التي أولت المرضى النفسانيين جل إهتمامها وقدمت من أجلهم الكثير وما تزال، كيف لا والفرد يعتبر اللبنة الأساسية في هذا الصرح الشامخ.

وقد لاحظ الباحث ومن خلال عمله في العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة كثرة في عدد المصابين بمرض الإكتئاب، ويتضح ذلك من خلال العدد الهائل من المراجعين لتلك العيادة، إذ يتراوح عدد المراجعين شهرياً ما بين ٢٥٠ - ٣٠٠ مريض من الجنسين كما هو موضح في الجدول رقم (١١) وهذا العدد ليس من السهولة الإستهانة به، هذا من ناحية أخرى نجد أن هناك نقصاً في عدد المقاييس النفسية التشخيصية، ولا يخفى عل الجميع أهمية المقاييس النفسية التشخيصية فهي كالسماعة التي على ضوئها يشخص طبيب الأمراض الجسمية المرض، وتزداد أهميتها أيضاً للأسباب التالية : -

* أن المقاييس النفسية التشخيصية لا تساعدنا في معرفة نوع المرض فحسب بل تتعداه إلى معرفة مداه وقوته والدرجة التي يصنف المريض ضمنها.

* إن النتائج التي نحصل عليها من تطبيق المقاييس النفسية التشخيصية تساعدنا في رسم خطة علاجية مستقبلية للمريض، وهذا الأمر يسهل المهمة أمام الفريق العلاجي للوصول بالمريض إلى الشفاء التام أو الإقلال من حدة وقوة المرض.

* اعتماد الأطباء النفسانيين إلى حد كبير على هذه المقاييس لما لها من أهمية في مساعدتهم على التشخيص نظراً لتداخل وتشابك الأعراض النفسية.

زيادة على ما سبق فإن هذه الدراسة ستكون من ضمن الدراسات التي توضح مدى إنتشار مرض الإكتئاب Epidemiological في المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، وهذا ما دفع الباحث لإختيار هذا الموضوع المهم دراسته تجريبياً على عينة من المرضى المكتئبين من العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة ومستشفى الصحة النفسية في كل من جده والطائف للتأكد من فاعلية مقياس BECK التشخيصية.

أهداف الدراسة :

هدفت الدراسة إلى ما يلي :

١ - معرفة فاعلية مقياس BECK المقنن على مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية من حيث قدرته على تشخيص مرض الإكتئاب للحالات المترددة والمنومة في العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، ومستشفى الصحة النفسية بالطائف وجده.

٢ - معرفة أي الجنسين (الذكور - الإناث) أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب.

٣ - معرفة أي الفئات العمرية أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب.

٤ - معرفة أي المراحل التعليمية أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب.

٥ - معرفة أي الطبقات الإجتماعية أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب.

٦ - التعرف على مستويات الدخل وعلاقتها بالإكتئاب.

٧ - الخروج ببعض النتائج والتوصيات والتي قد يكون لها شأن كبير فيما يتعلق بالمقاييس النفسية التشخيصية، أو مرض الإكتئاب.

٨ - إثراء المكتبات بالمقاييس النفسية المقننة والصالحة للإستخدام على البيئة السعودية حتى يتسنى للمتخصص الإستفادة منها.

حدود الدراسة :

إقتصرت الدراسة على ما يأتي :

* على بعض المدن الرئيسية بالمنطقة الغربية (مكة المكرمة، جدة، الطائف).

* على الذكور والإناث المنومين والمترددين على العيادات الخارجية.

* أما المستشفيات التي أجريت عليها الدراسة فهي كما يلي :

١ - مستشفى الصحة النفسية بجدة.

٢ - مستشفى الصحة النفسية بالطائف.

٣ - العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة.

* أما فترة التطبيق فهي :

الفترة الممتدة من ١٥ شوال لعام ١٤١٢هـ إلى ١٥ ربيع ثاني لعام ١٤١٢هـ.

* أما الأدوات المستخدمة فهي مقياس BECK للحالة المزاجية والمقنن على مدينة الرياض من قبل (خضر والشناوي، ١٩٩١م).

* أما الأسلوب الإحصائي المستخدم فقد استخدم الباحث طريقة اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي الإتجاه.

مصطلحات الدراسة :

* **الإكتئاب :**

هو حصول المفحوص على درجة (٤٢) فما فوق على مقياس BECK للإكتئاب.

الفصل الثاني

الإطار النظري

* تمهيد
* تعريفات الإكتئاب
* أسباب الإكتئاب
* تفسيرات بعض النظريات للإكتئاب
  - التفسير الفرويدي
  - التفسير الفنومنولجي
  - التفسير البيوكيميائي
* أعراض الإكتئاب
* أنواع الإكتئاب
* العلاقة بين الهوس والإكتئاب
* تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي لمرض الإكتئاب
* المعيار السلوكي لتشخيص مرض الإكتئاب .
* الإكتئاب والإنتحار
* الدراسات السابقة .
* تعليق عام على الدراسات السابقة .
* فروض الدراسة

تمهيد :

ستتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الإكتئاب، الأسباب المؤدية إليه، ثم نتطرق إلى آراء وتفسيرات بعض النظريات النفسية حول مرض الإكتئاب، ثم نتعرف على الأعراض الواضحة على المريض المصاب بهذا المرض، فأنواع الإكتئاب، فالعلاقة بين الهوس والإكتئاب، ثم تقديم بعض الآراء حول تشخيص مرض الإكتئاب.

وبما أن الإكتئاب له علاقة وطيدة بالإنتحار فإننا سوف نستعرض العلاقة بين الإكتئاب والإنتحار من حيث وجود العلاقة بينهما من عدمه، ومن حيث إنتشاره في العالم، وفي مجتمعنا الإسلامي.

وأخيراً نستعرض الدراسات السابقة والتي تتعلق بموضوع دراستنا هذه ففروض الدراسة.

أولاً - تعريفات الإكتئاب :

عرف الإكتئاب قديماً فهو قديم قدم وجود الإنسان، ولهذا فلقد اختلف العلماء منذ القدم في التعريف المناسب له، فأغلب التعريفات نابعة من البيئة المحيطة بالمعرف، وذلك من خلال ملاحظاته الدقيقة لهذا المرض، وتفسيره بما يتناسب والمجتمع المحيط به، ولكن الطابع العام والسائد على تلك التعريفات هو إشتراكها إلى حد ما بأنه - الإكتئاب - نوع من أنواع الحزن، ولكن ما هو تعريفه في اللغة؟.

«فالإكتئاب في اللغة مأخوذ من كئب كآبة أي : تغيرت نفسه، وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب وأكآب فلاناً أحزنه وإكتآب وجه الأرض تغير وضرب إلى السواد، والكآبة الحزن الشديد» (مصطفى وآخرون، بدون، ٧٧٧).

وكلمة إكتئاب لها مرادفات كثيرة منها الإنقباض والمالنخوليا والحزن، والإنقباض مأخوذ من كلمة إنقبض يعني تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض عن القوم هجرهم (مصطفى وآخرون، بدون، ٧١٧).

والدين الإسلامي الحنيف لم يغفل هذا الأمر بل أولاه نصيب من الإهتمام فبين سبحانه وتعالى أن الإنسان إذا أحسن في هذه الدنيا فإن جزءاه سيكون السعادة في الدنيا والآخرة، وأما من أعرض عن ذكره جل وعلى فإن مصيره الإنزلاق في الهاوية والإنغماس في الرذائل، وهو بذلك يعيش عيشة التعساء وحياة المهمومين كما قال تعالى في كتابه الكريم (ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكاً ونحشره يوم القيامة أعمى) طه ١٢٤.

فأهل الإيمان في النور وإنشراح الصدر، وأهل الظلال في الظلمة وضيق الصدر(ابن قيم الجوزيه، بدون) ويقول الله عز وجل واصفاً أولئك الذين شرح قلوبهم بالإيمان (فمن يرد الله أن يهديه يشرح صدره للإسلام ومن يرد أن يضله يجعل صدره ضيقاً حرجاً كأنما يصّعّد في السماء كذلك يجعل الرجس على الذين لا يؤمنون) الأنعام ١٢٥.

يقول (قطب، ١٣٩٩هـ) في شرح هذه الآية أن من يقدر الله له الهداية - وفق سنته الجارية - يشرح صدره للإسلام، فيتسع له، ويستقبله في يسر ورغبة، ويتفاعل معه، ويطمئن إليه ويستروح به ويستريح له. ومن يقدر له الظلال - وفق سنته الجارية - "يجعل صدره ضيقاً حرجاً كأنما يصّعّد في السماء" فهو مغلق مطموس يجد العسر والمشقة في قبوله، "كأنما يصّعّد في السماء" وهي حالة نفسية تجسم في حالة حسية، من ضيق النفس، وكربة الصدر، والرهق المضني في التصعد إلى السماء، وكلمة "يصّعّد" فيها عسر وقبض وجهد.

والحزن والإكتئاب لفظان لمعنى واحد فهما يختلفان في الشدة والمدة الزمنية والحزن هو أحد صور العاطفة والمشاعر الإنسانية الفطرية فهو شيء فطري ينتاب كل البشر عندما تقابلهم متاعب في هذه الحياة ولا أحد يستثنى من ذلك، والأمثلة كثيرة في القرآن الكريم كحزن أم موسى، وحزن يعقوب على يوسف عليهما السلام وحزن الرسول محمد صلى الله عليه وسلم على قومه عندما لم يستجيبوا له (الخاطر، ١٤١٢).

والإكتئاب في علم النفس هو :

«صعوبة في التفكير وإكتئاب يصيب النفس، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد يكون له أعراض كتوهم المرض وأوهام إتهام الذات، وتوهم الإضطهاد والهلوسة، والإستثارة ومن أخطر سمات الإكتئاب الميل للإنتحار، وهو ميل موجود طوال فترة الإصابة بالمرض وفي دور النقاهة» (الحفني، ١٩٧٨م، ص٢٠٦).

ويرى (الحاج، ١٩٨٧م) أن الإكتئاب :

> «هو حالة من الحزن الشديد والمستمر يبدو الشخص وكأنه في حداد دائم، وتظهر الكآبة واضحة على قسمات وجهه، وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه، وقد يخيل إليه أنه مصاب بأمراض فتاكة لا أمل في شفائه منها أو أنه ارتكب خطيئة لا أمل في غفرانها، وقد يوصل به الأمر إلى قطع بعض أعضائه التناسلية إذا كانت مصدر خطاياه، وهو عادة ما ينشأ في سن متأخرة، وهو كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغاً فيها»(ص:٦٧).

فالإكتئاب بسبب ما فيه، وما ينتج عنه من عزله وحزن وهم وعدم فاعلية وقلق

يؤدي إلى تخريب وظائفه الشخصية الأخرى كالتفكير... وغيره. وقد يتحول من إكتئاب عصابي إلى ذهاني، وفي هذه الحالة يكون التفكير قد سيطر عليه بأنه عديم الأهمية. (ابراهيم،١٩٨٨م).

ثانياً - أسباب الإكتئاب :

إن الإنسان منا قد يتعرض في يومه للعديد والعديد من المشاكل، منها مشاكل عارضة ومنها مشاكل حادة قد يقع فريسة سهلة لها، وقد يختلف كذلك من حيث قوة التحمل لتلك المشاكل فمنهم من يحزن حزناً طبيعياً إذا فقد زوجته أو ابنه، أو أي شخص عزيز عليه، أو إذا فقد مركزه المرموق أو خسر صفقة تجارية، وبعضهم قد يتعدى حزنه ذلك المستوى من العادية، وهنا يصبح لزاماً عليه اللجوء إلى المصحات النفسية لمساعدته في التخلص من هذا الداء.

والعلماء المسلمون القدامى لم يغفلوا هذه النقطة بل اولوها جل إهتمامهم فهذا (الرازي، ١٩٥٥م) يرى أن الفراغ أعظم شيء يولد المزاج السوداوي، وكذلك التفكير فيما مضى.

ويقول (العزالي، بدون) «إن الوجد يكون عند ذكر مزعج أو خوف مقلق أو توبيخ على زلة أو إشارة إلى فائدة أو شوق إلى غائب أو أسف على فائت أو ندم على ماض أو استجلاب إلى حال أو داع إلى واجب أو مناجاة بيسر» (ص:١١٦١).

أما علماء العصر الحديث فلا زالت الأسباب محط خلاف فيما بينهم فمنهم من يرى أن أسباب الإكتئاب قد ترجع إلى عوامل بيئية إجتماعية مكتسبة، والبعض الآخر يرى أنها وراثية، وآخر يرى أنها ناتجة عن اختلال في توزيع العناصر الكيميائية في الخلايا العصبية. (ابراهيم، ١٩٨٥م).

ولا زالت الأسباب الحقيقية غير واضحة أمام المتخصصين في هذا المجال، ويحاول أنصار كل نظرية إثبات ما ذهبوا إليه، وذلك بتقديم الأدلة والبراهين التي تؤيد وجهة نظرهم، ولكن في الحقيقة لم يتم حسم هذه القضية لصالح احد من تلك النظريات ولا زالت الأسباب عديدة ومتشابكة.

وقد أقيمت العديد من الدراسات لمعرفة الاسباب المؤدية إلى الإصابة بالإكتئاب. ومن الدراسات التي أجريت لمعرفة الكتئاب، الدراسة التي أجراها (Brown, 1961) على مجموعة مختارة من المرضى المصابين بالإكتئاب حيث وجد أن نسبة ٤١٪ منهم قد فقدوا أحد الأبوين قبل سن ١٥ سنة، كما وجد أن فقدان الأم له دلالة في جميع الأعمار. أما فقدان الأب فله دلالة بالذات في العمر ما بين ٥ - ١٤ سنة.

فهو يرى أن وفاة أحد الابوين أو كليهما يجب أن تؤخذ كمؤشر عند تشخيص حالات الإكتئاب.

وهناك دراسة أخرى قام بها (Ettigi et al, 1977) في كندا لمعرفة هل هناك علاقة بين الإكتئاب وكيميا المخ فوجد أن الناقلات العصبية النورادرينالين Noradrenaline والدوبامين Dopamine والسوروتنين Sorotonin لها دخل في تنظيم وظيفة الإفرازات الغددية العصبية التي لها دور في الإضطرابات الوجدانية.

وقد أيد المؤتمر الدولي السابع للطب النفسي الذي عقد في فينا في عام ١٩٨٣م، هذا الإتجاه حيث بين الباحثون أنه يمكن التأكد من تشخيص الإكتئاب بواسطة إختبارين لتحليل الدم. (Gold & Marrin, 1982) .

إن التجارب اليومية تؤكد أن البيئة لها دور كبير وفعال في الإصابة بمرض الإكتئاب وخاصة ما يسمى بالإكتئاب التفاعلي الناتج عن صدمة عنيفة يتعرض لها الإنسان سواءً كانت هذه الصدمة موت أو خسارة صفقة تجارية أو مركز مرموق «بل أن الأحداث السارة قد تثير الإكتئاب وتتسبب في الإصابة به والدليل على ذلك أن زواج الأبن أو البنت قد يصيب الأب والأم بالإكتئاب، وذلك حينما يرى أحد الأبوين أو كلاهما أن هذا الأمر فيه نهاية لعلاقته بأبنه أو بنته، أو كذلك الترقية إلى منصب جديد قد يصيب الشخص بالإكتئاب، وخاصة إذا كان غير مهيأ نفسياً لتولي هذا المنصب، أو ليس عنده قدرة على تحمل المسئولية التي سوف تلقى على عاتقه، أو لجهله بالإدارة» (سلطان، بدونخ ٢٤٣).

ويرى (زهران، ١٩٧٨م) أن الإصابة بمرض الإكتئاب ترجع إلى الأسباب التالية :

* ظروف محزنة وخبرات أليمة وحرمان الحب وفقدان عزيز.
* صراعات لا شعورية والكبت والقلق.
* ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
* الوحدة والعنوسة وسن القعود.
* التربية الخاطئة.
* عدم التطابق بين الذات الواقعي والذات المثالي (ص:٤٣٠).

أما أسباب الإكتئاب عند (ياسين، ١٩٨٨م) فترجع إلى ما يأتي :

* عوامل بيئية - اجتماعية كالأزمات المفاجئة والحادة وفقدان الأعزاء أو مرض الأحبة وما أشبه ذلك.

* مرض جسمي منهك يقود الإنسان للقنوط واليأس وتوقع الموت كأمراض القلب أو فقر الدم (الأنيميا) أو السرطان أو الدرن الرئوي أو خذلان وهبوط الغدة الدرقية.

* عامل نفسي مزمن وذاتي عند الفرد تتكدس فيه الشدائد والأحزان كالأمراض المزمنة لأحد أفراد الأسرة أو الاحوال المادية المتدهورة واحتمال الإفلاس والمشاحنات العائلية والفشل الجنسي. (ص : ٢٤٧).

ثالثاً - تفسيرات بعض النظريات للإكتئاب :

هناك العديد من النظريات تطرقت إلى الإكتئاب وقامت بتفسيره حسب الأسس التي تستند عليها النظرية التي ينتمي إليها المفسر وسوف يقوم الباحث باستعراض أهم تلك النظريات التي قامت بتفسير الإكتئاب وهي :

١ - التفسير الفرويدي.

٢ - التفسير البافلوفي.

٣ - التفسير الظاهري.

٤ - تفسير الكيمياء الحيوية.

التفسير الفرويدي للإكتئاب :

يمثل الإكتئاب من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي إضطهاداً من الأنا الأعلى للأنا أو تعامل الأنا الأعلى مع الأنا بالطريقة التي كان يرغب المريض شعورياً معاملة مصادر الإشباع المفقودة بها. ومن هنا يأتي اتهام الذات الذي يعبر به المريض بالإكتئاب، أيضاً يرى الفرويديون أن الفرد المهيأ للإكتئاب جمد على

مرحلة يتوقف فيها تقديره لذاته على الإشباع الخارجي من الآخرين، أو أن شعوره بالذنب ينكص به إلى هذه المرحلة حيث يصبح بحاجة إلى الإشباع الخارجي، فإذا لم يتم إشباع حاجاته النرجسية يصبح تقديره لذاته في خطر ويكون حينئذ عنده الإستعداد للقيام باي عمل ليرغم الآخرين على أن يشركوه في مصادر قوتهم، ويؤدي بهم جمودهم على المرحلة الفمية للوصول إلى ما يريدون بالخضوع والذلة وهكذا يجدون أنفسهم في صراع بين أسلوب العنف وأسلوب الخضوع، والإكتئاب العصابي يمثل محاولات يائسة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يد المريض بينما الإكتئاب الذهاني يمثل الفقدان التام لهذه المصادر (جلال، ١٩٨٦م).

التفسير الباثلوجي :

يرى صاحب هذا الرأي أن تكّون بؤرة للإستثارة في طبقات ما تحت القشرة (الهيبوثالاماس) تؤدي إلى حدة كل الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة، وقد أدت البحوث إلى إثبات زيادة حساسية المرض بالهوس والإكتئاب للمنبهات الكهربية والحرارة والبرودة إذ يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم إرادياً في مثل هذه المنبهات، والتحكم الإرادي في منبه يبعث على الألم هو في العادة من وظيفة القشرة، وفشل المرضى في التحكم في هذه المنبهات يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية (جلال، ١٩٨٦م).

ولما كان للهيبوثالاماس وظيفتها في تنظيم العمليات الجسمانية وعمليات التمثيل الغذائي فزيادة إستثارة هذه المنطقة عند هؤلاء المرضى تشير إلى زيادة التمثيل الغذائي عندهم مما يؤدي إلى زيادة فقدان النشاط ويلاحظ أن المريض يفقد

أثناء المرض ما بين ١٠ إلى ١٥ كجم، ويزيد إفراز السكر في دم المريض ويستخدم المريض مزيداً من السكر وتنخفض نسبة حامض اللبنيك لأنه يفرز سريعاً من الجسم وهذا يفسر لنا سبب عدم شعور المريض بالإجهاد في حالة الهوس (جلال، ١٩٨٦م).

وبينت دراسة تكوين الأفعال المنعكسة الشرطية في هؤلاء المرضى أنه يمكن تكوينها بسهولة في حالة الهوس أو الإكتئاب، ولكن توجد صعوبة في إزالة هذه الأفعال أو التدريب على التمييز بينها.

وتسود عمليات الإستثارة في حالة الهوس بينما تسود عمليات الكف في حالة الإكتئاب (جلال، ١٩٨٦م).

التفسير الظاهري : Phenomenology

الفنومنولوجي هو علم الظاهرات : دراسة التجربة، وتقتصر الدراسات الظاهرية على دراسة التجارب الشعورية، ولا تدخل في إعتبارها أنها نتائج أعمق، ولا تفسرها على أنها شواهد للشيء في ذاته أو للجواهر أو المباديء، التي لا علم للحوس بها، وتقوم معطيات هذه الدراسة على وجهة نظر صاحب التجربة نفسه. (الحفني، ١٩٧٨م).

يرى أصحاب هذا المنظور أن إضطراب الإنسان إنما يكمن في إضطراب علاقته التعاطفية الأساسية في العالم، ذلك أن العلاقة الأساسية في المجمل «إنسان وعالم» إنما تشكل الأساس التحتاني لأفعاله الإدراكية الحسية والإرادية وتتصل بهذا الأساس ظواهر «القابلية» و «القدرة» وهذه بدورها لا معنى لها إلا في إطار نظرية عامة في الصيرورة. فالصيرورة تعتبر لب مرض الإكتئاب والهوس والأرضية التي تتشكل فوقها باقي الأعراض. إن ما يميز الإكتئاب هو تدهور القدرة على

الصيرورة التي يترتب عليها انخفاض في الشعور بالوحدة أي في الشعور بالكينونة. ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة، والنقصان في الكينونة يصل ذروته في الإكتئاب الشديد وعندما يصل النقصان في الكينونة إلى حد كبير يصل المريض إلى عدمية الوجود، وتنسحب هذه العدمية على العالم فيفقد كل دفء عاطفي ويفقد حيويته وطبيعته وقيمته فيصبح بارداً وكأنه مبهم لا يفصح عن أي معنى إنساني. (زيور، ١٩٨٥م).

تفسير الكيمياء الحيوية : Biochemistry

بدأ هذا التفسير في الظهور في الخمسينات، وذلك عندما اكتشف أن العقار المسمى أيبرونيازيدIproniasid الذي كان يستخدم في علاج الدرن أنه يزيل الإكتئاب أيضاً (زيور، ١٩٨٦م).

وقد قامت بعد ذلك النظرية بناءً على تجارب قام بها سيكتور، حيث أثبت أن العقار السابق يعمل كمثبط لخميرة المونوامين اكسيداز Monoamine Oxydase (أي مؤكسدة الأمينات الآحادية) وخاصة أمينات الكاتكول Catecholamines والمكون من النورادرينالين Noradrinaline والدوبامين Dopamine الذي منه يتخلق النورادرينالين وقد تبين من التجارب البيوكيميائية أن الدوبامين يتخلق من الدوبا، وهذه تتخلق مينا بوليا من الأمين الآحادي المسمى بالتيروسين Tyrosin (زيور : ١٩٨٦م).

وقد تبين أيضاً من التجارب أن التيروسين والدوبا يزيلان الكآبة التجريبية التي تسببها مادة الرزربين Reserpine ، وهكذا يتضح أن أمينات الكاتيكول يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعالات الإكتئاب والمرح (زيور، ١٩٨٦م).

ولما كان الأمين الأحادي الدوبامين الذي يتخلق منه النورادرينالين يخزن في حبيبات سيتوبلازم خلايا عصبية دقيقة داخل الدماغ وخاصة في منطقة المهادوما تحت المهاد، ثم في قرن أمون بالقشرة الدماغية وهي المواضع التي بينت التجارب التشريحية لوظائف الأعضاء على أنها الخلفية التشريحية للإنفعالات، فإذا ما نبهت هذه الخلايا العصبية إنطلق الدوبامين وأصبح نشيطاً فعالاً. إلا أنه يفقد نشاطه بواسطة الخميرة المؤكسدة سابقة الذكر. وبالتالي فإن مثبطات الخميرة المؤكسدة تتيح لأمينات الكاتيكول أن تقوم بدورها النشط فتزيل انفعال الإكتئاب.

رابعا - أعراض الإكتئاب :

للإكتئاب أعراض كثيرة ويعرف عن المصابين بهذا المرض بأنهم صامتون مطأطئين رؤوسهم نادراً ما يتكلمون ، ظهروهم متقوسة بطيئو الحركة لا يهتمون بمظاهرهم الخارجية يلبسون أردأ الثياب، لا يرغبون التحدث مع أحد، وقد يلاحظ أحياناً دموعاً تذرف من أعينهم .

ولقد سجل (Watts, 1966) واحداً وسبعين عرضاً مختلفاً لمجموعة من المصابين بالإكتئاب الذين كان يعالجهم ويقدر عددهم بـ(٥٩٠)مكتئباً، ولكنه عندما أعاد تصنيف هذه الأعراض بلغت في عددها (٣٢) عرضاً كانت واضحة جليه لدى (٥ر١٪) من أفراد العينة الـ (٥٩٠).

ولعل أشهر أعراض الإكتئاب هو الغم الحاد (Acute Grief) وهذا النوع من الأعراض يجعل الشخص بلا وعي لدرجة أنه لا يحس بما يدور حوله - وهناك مثال لإمرأه حاولت فتح قبر ابنها الرضيع ، وذلك لأنها لم تعترف بموته نتيجة للغم الذي كاد أن يقتلها بعد وفاته (ياسين، ١٩٨٨م) .

والأعراض في مرض الإكتئاب قد تأخذ عدة أشكال فمنها ما يظهر على شكل أعراض نفسية مثل مظاهر الحزن السوداوي والعبوس والبؤس والتعاسة والتشاؤم والنظرة إلى الحياة بمنظار أسود قاتم ، كذلك نوم متقطع يتخلله أحلام مزعجة ، وقد يأخذ شكل أعراض جسمية مثل الشعور بالتعب والإنهاك والإرتخاء والشعور العام بالضعف وأوجاع في الرأس تنتابه من آن لآخر، وهناك أعراض أخرى تكشف عنها الملاحظة الدقيقة منها كثرة التنهد وتجهم الوجه ، والصوت الذي لا حياة فيه وسرعة ذرف الدموع (الرفاعي، ١٩٨٧م).

ولعل أهم الأعراض التي تؤكد لنا وجود الإكتئاب هو ما يسمى بثالوث الإكتئاب وهو: المزاج المكتئب (منقبض وحزين)، وبطء في الحركة، وصعوبة في التفكير ، وتعتبر هذه الأعراض الثلاثة رئيسة يصاحبها أحياناً وجود أعراض ثانوية وهي توهم المرض، ووجود ضلالات إتهام للنفس والإضطهاد ، وهلوسة ، وعدم استقرار، وميل للإنتحار ، هذه الأعراض الثانوية إذا وجدت مع الرئيسه تأكد لنا وجود الإكتئاب (شاهين والرخاوي ، ١٩٧٧م).

ويرى (ياسين ، ١٩٨٨م) أن الأعراض الملاحظة باستمرار على المصابين بمرض الإكتئاب تتلخص فيما يلي :

* شعور المصاب بالقنوط واليأس والعجز والغم القاتل .
* شعور المصاب بفقدان الثقة وعدم القدرة على أداء الواجبات .
* عدم قدرة المصاب على التركيز واضطراب عند بدء النوم .
* الشعور بالخوف والرهبة .
* صداع دائم أو متقطع وتوتر في الرقبة والرأس وزيادة في الوزن .
* سعادة ومرح في بداية النهار يخلفها تعاسة وكآبة في نهاية النهار .

(ص : ٢٤٩).

والآن وبعد أن عرفنا أعراض الإكتئاب يتبادر إلى الأذهان سؤال وهو : هل اعراض الإكتئاب تحدث بنفس التكرار والتوزيع كما هو الحال لدى المرضى العاديين الذين يعالجون طبياً فقط؟. والإجابة على هذا السؤال بنعم. فلقد قام (Cassidy et al, 1957) بدراسة لمعرفة هل أعراض الإكتئاب تتكرر مثل ما هو موجود في الأمراض العادية، فوجدوا أن نتائج الدراسة التي قاموا بها تؤكد أن أعراض الإكتئاب تحدث بنفس التكرار والتوزيع مثل ما هو حادث عند المرضى العاديين الذين يعالجون طبياً .

والحقيقة أنه يكاد يكون لكل نوع من أنواع الإكتئاب أعراض معينة ولذلك سوف نتطرق لها عند الحديث عن أنواع الإكتئاب .

خامسا - أنواع الإكتئاب :

للإكتئاب أنواع كثيرة وفي كل مرجع نجد أن هناك أنواعاً للإكتئاب تكاد لا توجد في المرجع الآخر وكل يوم يصدر كتاب جديد يظهر لنا نوعاً آخر للإكتئاب .

ويرى (الحاج ، ١٩٨٧م) أن الإكتئاب يصنف إلى أنواع كثيرة لعل من أهمها :-

١ - **الإكتئاب العصابي :** Neurotic Depression

وهو ناتج عن القلق والشعر بالذنب والكبت ، والفرق بينه وبين الإكتئاب السوي فرق في الدرجة حيث أن كلاً منهما يقع للفرد بسبب حادثة مؤلمة أو غير سارة ، ولكن العصابي يستمر لفترة طويلة بعكس السوي الذي ينتهي بعد فترة وجيزة من وقوع الحادث المؤلم .

٢ - **الإكتئاب الذهاني :** Psychotic Depression

وهذا النوع يحدث بدون مؤثر خارجي ولا يعرف له مصدر فهو يمتد إلى فترة طويلة أطول من فترة الإكتئاب العصابي ويتميز المصاب بهذا النوع ببطء شديد في العمليات الجسمية والعقلية والبكاء المتكرر وتوهم المرض وإنعدام الرغبة في الحياة ، وينقسم هذا النوع إلى عدة أقسام هي : -

أ - **الإكتئاب البسيط** Simple Depression

ويأتي في الحلقة الرابعة والخامسة من العمر حيث تكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح للوصول إلى الهدف المنشود ، وحيث يكون الإنسان في أوج نشاطه ونادراً

ما يأتي هذا النوع من الإكتئاب في شكل حزن يشكو منه المريض أو يكون الحزن ظاهراً عليه وغالباً ما يشكو المريض من قلبه ومعدته ، ولهذا فأعراض الإكتئاب البسيط ليست حزناً بسيطاً دائماً ، وإنما قد تكون اختلاقاً في الشهية ، أو عسراً في الهضم ، أو إمساكاً أو وجعاً في الصدر ، أو خفقاناً أو اختلاقاً في ضربات القلب ، أو سرعة في الإجهاد ، أو صداعاً أو خمولاً في العملية الجنسية .

وقد يتحول الإكتئاب البسيط إلى حاد ، ولكن الغالب أن يستمر بسيطاً وقد يزول من تلقاء نفسه وقد يستمر لفترة طويلة (ثابت ، ١٩٦٥م) .

ب - الإكتئاب الحاد Acute Depression

وهو أشد صور الإكتئاب حدة ويتصف المريض بالعزلة الشديدة ويرفض الإختلاط بالأخرين . ويتميز هذا النوع بظهور ثالوث الإكتئاب بشكل واضح (شاهين ، والرخاوي ، ١٩٧٧م) . والمصاب بهذا النوع يتهم نفسه بابشع الجرائم ويعتقد أنه ارتكب آثاماً وخطايا لا تغتفر ويؤنب نفسه باستمرار لأنه يحس بأن المصائب والمشاكل التي تصيب العالم هو السبب فيها ، وقد يترافق مع هذا المرض توهم المرض فيشتكي من بطنه وأمعائه ويبدو عليه بعض الهلاوس السمعيه ، وقد يرتكب العدوان أو ينتحر لإحساسه أن هذا هو الحل الأخير لعذابه الذي لن ينتهي (الحاج ، ١٩٨٧م) .

جـ - إكتئاب سن القعود أو اليأس Involutional Depressive

وهو مرض كيميائي يحدث نتيجة لنقص الامينات التالية : -

* السوروتونين . Serotonin
* الدوبامين . Dopamine

* النورا درينالين . Noradrinaline

ولا يعرف السبب في نقص هذه الامينيات ولكن هناك أكثر من عامل يهيىء الشخص للإصابة بهذا المرض ، لعل العامل الوراثي يلعب دوراً كبيراً لا يستهان به، ونوعية الشخصية ، والشخصية الدورية عرضة للإصابة بهذا النوع أكثر من غيرها ، وتزداد الإصابة به بعد سن الثلاثين سواءً عند الرجال أو النساء ولكن النساء أكثر إصابة خاصة عند بدء الطمث ومع الحمل وبعد الولادة ومع اقتراب توقف الطمث نهائياً ، أي في سن اليأس . (صادق ، ١٩٩٠م) .

٣ - **الإكتئاب التقهقري : -**

يصاب به الرجل في سن ٥٥ فما فوق والمرأه في ٤٥ فما فوق ، ويظهر هذا المرض مصحوباً بقلق واضطراب وتظهر على المصاب بهذا المرض الأوهام والهلاوس بشكل واضح وينتاب المريض إحساس غريب بأنه ارتكب آثاماً وخطايا كثيرة وأن الله سوف ينزل به عقاباً شديداً وقد يقدم على الأنتحار حتى يتخلص من هذا العذاب. (ثابت ، ١٩٦٥م) .

٤ - **الإكتئاب الذهولي :** Depressive Stupor

وهو يمثل أقصى درجات الحدة حيث إنه يظل واقفاً بدون حركة إذا ترك ، وعنده استعداد تام للعزوف عن الأكل والشرب لدرجة أنه إذا وضع الأكل في فمه يتركه بدون مضغ زيادة على ذلك إهمال عملية الإخراج ، حتى أنه أحياناً يصعب التمييز بين هذا النوع والفصام الكتاتوني لتشابههم في حالة الذهول والتخشب التي يكون عليها المريض في كل منهما (جلال ، ١٩٨٦م) .

٥ - **الإكتئاب الشرطي :** Conditional Depression

وهو راجع إلى خبرة جارحة فهو يعود إلى تلك الخبرة كلما تعرض إلى موقف شبيه لتلك الخبرة السابقة .

٦ - الإكتئاب التفاعلي : Reactive Depression

ويسمى الموقفي وهو نتيجة لحادثة عنيفة يتعرض لها الفرد ككارثة لا سمح الله أو خبر مروع ، وهذا النوع ممكن شفاؤه حيث إنه قصير المدى نتيجة التعرض لصدمة عنيفة خارجية .

٧ - الإكتئاب المزمن : Chronic Depression

تبدأ هذه الحالة عادة في منتصف العمر دون سبب ظاهر وتأخذ مساراً مزمناً حتى يصل الإكتئاب إلى شدة ذهانية وتراود المريض أحياناً أفكار أنتحارية ، وهذا النوع لا يستجيب بسهولة لكل أنواع العلاج المعروفة (شاهين، والرخاوي، ١٩٧٧م) .

٨ - الإكتئاب مع أمراض نفسية أخرى : -

هناك أمراض عديدة تبدأ بظهور الإكتئاب من أهمها : مرض الفصام وأمراض المخ كتصلب الشرايين ، والشيخوخة ، وبعض الحالات التي يكون فيها أورام سرطانية بالمخ ، وقد يكون الإكتئاب هو الصفه السائدة أثناء المرض العضوي وذلك قبل ظهور الأعراض الجسمية (ثابت ، ١٩٦٥م) .

سادساً: العلاقة بين الإكتئاب والهوس

إن الصورة الحادة والتقليدية للهوس تكاد تكون ضد تام للصورة الحادة والتقليدية للإكتئاب ، ففي حين يتميز الإكتئاب بإنخفاض المزاج الذي لا يرتفع بالمبهجات العادية أو حتى القوية وتعبيرات الوجه والجسم الموحية بالحزن والتأخر النفسي والحركي بما في ذلك قلة في الحركة وقلة في الكلام وبطئه وبطء التفكير وقلة الطاقة عموماً. كما يتميز الإكتئاب بالأفكار السوداوية سواء فيما يخص الماضي أو الحاضر أو المستقبل ويتميز أيضاً بفقدان الشهية للحياة وفقد الإهتمام أو الحماس لأي هوايات أو أنشطة كانت مثيرة للشخص من قبل، والميل للعزلة والإنطواء. ويتميز أيضاً بضعف التركيز وكثرة النسيان. كما يتميز الإكتئاب بفتور العادات الحيوية مثل قلة النشاط والكسل مع قلة النوم وضعف الشهية للطعام كذلك ضعف الشهية الجنسية (DSM III R , 1987) .

من ناحية أخرى نجد أن الهوس يتميز بإرتفاع المزاج الشديد والذي لا يتأثر بالمنغصات العادية مع تعبيرات الوجه والجسم الموحية بالإنشراح وزيادة النشاط النفسي والحركي عموماً مثل كثرة الطاقة والحركة وكثرة الكلام والتفكير وسرعتهما الكبيرة التي تصل عادة إلى ما يطلق عليه ظاهرة تطاير الأفكار. كما يتميز الهوس بالأفكار المائلة للتعالي والعظمة المرضية كما يتميز أيضاً بالإنفتاح والميل للإثارة والإهتمام بصغائر الأمور وحبه الكلام مع الآخرين وحتى التدخل في شئونهم مع عدم القدرة على ضبط الإنفعالات والإندفاعات فيصبح السلوك غير لائق إجتماعياً. ويتميز أيضاً الهوس عادة بحدة الذاكرة وزيادة النشاط والشعور بالحيوية وعدم الحاجة للنوم وزيادة الشهوة الجنسية والشراهة في تناول الطعام. (DSM III R , 1987)

ورغم هذا التضاد في الصورة السريرية للمرضين فقد إقترنت نوبات الهوس مع نوبات الإكتئاب في مرض نفسي شهير هو «ذهان الهوس - الإكتئاب» والذي يحدث عالمياً بنسبة تصل إلى ١٪ على مدار عمر الفرد (Kaplan & Saddock . 1988).

وفي أوائل القرن الميلادي العشرين كان الإتجاه البارز لدمج كل أمراض الإكتئاب الشديد أو الهوس في وحده واحده هو ذهان الهوس - الإكتئاب حتى إقترح ليونارد وبعض زملائه في دراسة قاموا بها تقسيم الأمراض الوجدانية إلى نوعين : أحادية القطب وثنائية القطب (Gelder et al , 1989).

والأمراض ثنائية القطب هي التي تحدث فيها نوبات الهوس والإكتئاب معاً مع نفس المريض والأمراض أحادية القطب هي التي يحدث فيها إما نوبات إكتئاب فقط أو نوبات هوس فقط. وقد أخذت معظم المدارس العلمية لتقسيم الأمراض الوجدانية بهذا المبدأ في التصنيف إلا أن معظم الباحثين يرفضون فكرة الذهان الوجداني أحادي القطب من نوع الهوس أي الذي يصاب فيه المريض بالهوس فقط وذلك على أساس أن المريض لا يمكن أن يصاب بنوبات هوس فقط ولكن لابد أن يصاب بنوبات إكتئاب ولو في صورة غير حادة لذا فكل مريض يصاب بنوبات هوس يصف على أنه مصاب بذهان الهوس - الإكتئاب (Gelder et al , 1989).

وذهان الهوس - الإكتئاب (ثنائي القطب) يقسم عادة إلى ما يلي :-

- ذهان الهوس - الإكتئاب حالياً نوبة هوس.
- ذهان الهوس - الإكتئاب حالياً نوبة إكتئاب.
- ذهان الهوس - الإكتئاب حالياً نوبة مختلطة.

(DSM III R, 1987 & ICD - 10, 1987)

ويقصد هنا بالنوبة المختلطة من أنه تجتمع بعض أعراض الهوس مع بعض أعراض الإكتئاب عند بعض المرضى وذلك مثل إجتماع إرتفاع المزاج والإنشراح من ناحية مع التأخر النفسي والحركي أو إجتماع الهياج الحركي وزيادة الكلام مع الأفكار الإكتئابية .(Kotin & Good win, 1972)

وقد حاول بعض الباحثين تفسير العلاقة بين الهوس والإكتئاب على أسس نفسية وأشهر ما ذكر في ذلك نظرية فرويد في التحليل النفسي حيث قال أن الهوس هو طريقة دفاعية ضد الإكتئاب وذلك حين تسترخي الأنا العليا وتندفع الرغبات المكبوتة لمستوى الوعي مع المزاج المناسب بها(Mendelson, 1982). إلا أن مثل هذه النظريات تبقى خارج دائرة الإختبار العلمي وتفتقر إلى قوة الإقناع وأن معظم الإنتباه يتوجه إلى العوامل العضوية المسببة لهذا المرض مثل العوامل الوراثية والكيميائحيوية (Gelder et al, 1989)

سابعاً : تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي لمرض الإكتئاب

(D S M III) : -

طبقاً للكتاب الإحصائي الثالث لتشخيص الأمراض النفسية (D S M III)
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL .

فإن الاضطرابات الوجدانية تنقسم إلى ثلاثة أنواع هي : -

AFFECTIVE DISORDERS
الاضطرابات الوجدانية

MAJOR AFFECTIVE DISORDERS
الاضطرابات الوجدانية الكبرى

ATYPICAL AFFCTIVE DISORDERS
إضطرابات وجدانية لا تتفق مع المألوف

OTHER SPECIFIC AFFECTNE
إضطرابات وجدانية أخرى محددة

وسأقتصر في هذا المجال على الإضطرابات الوجدانية الكبرى لما لها من الصلة بموضوع البحث الحالي والذي يركز على مرض الإكتئاب .

ففي الاضطرابات الوجدانية الكبرى MAJOR AFFECTIVE DISORDERS ، نجد أن السمة الرئيسية لها هي مرور المريض بفترة من فترات الهوس أو الإكتئاب، ولا يتم تشخيص الأمراض الوجدانية على أنها اضطرابات وجدانية كبرى إذا كان الاضطراب الوجداني يرجع إلى مرض عقلي عضوي أو إذا كان المرض الوجداني هو جزءاً من مرض الفصام .

والاضطرابات الوجدانية الكبرى تنقسم إلى قسمين هما : -

* الهوس .
* الإكتئاب .

١ - **حالة الهوس** : - إن السمة الرئيسية لهذه الحالة هي فترة تتميز بحالة نفسية تكون فيها الحالة المزاجية (MOOD) متصفة بحالة المبالغات الأنفعالية أي تكون الروح المعنوية مرتفعة جداً ، وتتصف هذه الأعراض بالنشاط الزائد والكلام الكثير وتطاير الأفكار وتقييم النفس المتضخم ، وفقدان الحاجة إلى النوم ، والاشتراك في أنشطة قد ينجم عنها عواقب وخيمة وتتصف الحالة المزاجية بفرط السرور والسعادة والمزاج العالي بحيث لا يبدو إنسان في الدنيا بمثل السعادة التي هو فيها فهو مرح ومتفائل ومبتسم ، سريع في كل ألوان النشاط سريع الحركة ، سريع الكلام ، كما يبدو أنه يفكر بسرعة غير عادية ، وهو لا يظهر الهياج أو الغضب إلا إذا منع من تحقيق رغباته ، ويكون المريض سريع التنقل بانتباهه فالمريض في هذه الحالة يكون في حركة دائمة فهو يصيح ويغني ، وقد يمزق الملابس ويحطم الأثاث ويرقص متحدياً غيره ، وقد تنقلب هذه النشوة إلى غضب وثورة .

المعيار التشخيصي لحالة الهوس : -

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR AMANIC EPISODE

هناك عدة مؤشرات لتشخيص حالة الهوس هي : -

أ - فترة واحدة أو أكثر من الفترات التي يكون فيها المزاج الغالب مزاج مفرط في السعادة أو الهياج . أن المزاج الذي يتسم بالارتفاع والهياج يعتبر جزءاً رئيسياً من المرض ويكون ثابتاً نسبياً ولو أنه يحدث أحياناً أن يكون هناك تعاقب بين حالات الانبساط المفرط وحالات الحزن الشديد .

ب - تستمر هذه الحالة لمدة أسبوع على الأقل وتبرز خلال هذه الفترة ثلاثة أعراض فأكثر من الأعراض التالية : -

* ازدياد في النشاط الاجتماعي أو النشاط في العمل أو النشاط الجنسي مع وجود قلق جسمي .
* الافراط في الكلام مع وجود ضغط يجعل المريض يستمر في الكلام .
* تطاير الأفكار حيث يشعر المريض أن هناك تسابقاً بين أفكاره .
* تضخم مفهوم الذات (الشعور بالعظمة الذي قد يكون هذاء) .
* فقدان الحاجة إلى النوم .
* تشتيت الأفكار حيث يسهل تشتيت انتباهه من مثيرات خارجية لا قيمة لها .
* الافراط في الاشتراك في أنشطة ينجم عنها عواقب وخيمة ولا يعترف المريض بهذه العواقب ، فيتصرف تصرفات تخالف أفعال العقلاء ولا تتفق والنهج السليم ، ومثال ذلك الإفراط في الشراء للأشياء التي لا يحتاج إليها ، السلوك الجنسي الطائش ، الاستثمار الأحمق في التجارة (مشاريع فاشلة) والقيادة الجنونية للسيارات .

جـ - لا تظهر أعراض الفصام على هذه الحالة .

د - لا ترجع هذه الحالة إلى أمراض عقلية عضوية مثل جنون الشلل العام والذهان الكحولي ، وعته الشيخوخة ، وتصلب الشرايين .

٢ - لوثة الإكتئاب الكبرى MAJOR DEPRESSIVE DISORDER : -

إن السمة الرئيسية هي مزاج إكتئابي وفقدان الإهتمام والمتعة في كل أنواع الأنشطة ويصبح هذا الاضطراب بارزاً أو يستمر نسبياً لفترة طويلة ويرتبط به أعراض أخرى مثل فقد الشهية للطعام وفقدان الوزن واضطراب النوم والهياج في النشاط الحركي أو الفقر في النشاط الحركي والشعور بالدونية والذنب وصعوبة التركيز وأفكار سوداوية تشمل الموت والانتحار (P . 210) .

معيار التشخيص لحالة الإكتئاب الكبرى : -

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

هناك عدة مؤشرات لمعرفة مريض الإكتئاب هي : -

أ - مزاج مكتئب مع فقدان الإهتمام والمتعة في كل أنواع الأنشطة ، وتتسم حالة المزاج السوداوية بأعراض مثل كآبة وحزن ، لا أمل ، أنخفاض في الروح المعنوية والهياج ويسود هذا الاضطراب في الحالة المزاجية .

ب - وتظهر على الأقل أربعة أعراض من الأعراض الآتية كل يوم لمدة اسبوعين فأكثر وهي : -

* فقدان الشهية للطعام .
* فقدان الوزن الشديد أو فتح الشهية الشديد وازدياد الوزن الشديد .
* الأرق .
* الهياج النفسي الحركي أو فقر الحركة .
* فقدان الإهتمام والمتعة في الأنشطة العادية وفقدان الدافع الجنسي .
* فقد النشاط والشعور بالتعب .
* الشعور بالدونية وتأنيب النفس والإفراط في الشعور بالذنب .
* الشكوى من تدهور القدرة على التفكير والتركيز وبطء التفكير وعدم القدرة على اتخاذ القرار .
* أفكار متكررة عن الموت والأنتحار والرغبة في الموت ومحاولة الأنتحار .

جـ - عدم وجود أعراض فصامية .

د - لا ترجع إلى أمراض عضوية أو عقلية . (P . 214) .

ثامناً : المعيار السلوكي لتشخيص مرض الإكتئاب : -

لقد كان من نتائج التقدم في تشخيص مرض الإكتئاب التوصل إلى التقسيمات التالية : -

أولاً : الحالة الإكتئابية الكبرى : MAJOR

وهي مرض طبي وتنقسم إلى ثلاثة أقسام : -

١ - حالة إكتئابية آحادية القطب UNIPOLAR

٢ - حالة إكتئابية ثنائية القطب (الهوس والإكتئاب) BIPOLAR

٣ - وهذه الحالة تختلف عن الحالة الأولى لوجود الهوس مع الإكتئاب (لوثة الإكتئاب والهياج) .

المعيار التشخيصي للحالة الإكتئابية الكبرى : -

يرى كل من (MARK & David, 1982) . أن تشخيص الإكتئاب يتوقف على وجود السمات النفسية والسلوكية الآتية : -

١ - وجود حالة مزاجية تتميز بالحزن الشديد بشكل بارز ومستمر .

٢ - أما الأعراض بوجه عام فيتطلب تشخيص الحالة على أنها إكتئابية كبرى وجود أربعة أعراض على الأقل من الأعراض الآتية بصفة مستمرة لمدة أسبوعين أو أكثر وهذه الأعراض هي : -

أ - ضعف الشهية للطعام مع نقصان شديد في الوزن أو زيادة الشهية للطعام مع زيادة بارزة في الوزن .

ب - الأرق .

جـ - الهياج الحركي أو التخلف الحركي .

د - فقدان المتعة والإهتمام مع ضعف الدافع الجنسي .

هـ - فقدان النشاط والتعب.

و - الشعور بالدونية وزيادة الشعور بالأثم وتأنيب الضمير.

ز - نقص المقدرة على التفكير والتركيز.

ح - أفكار متعاودة عن الموت والرغبة فيه وأفكار انتحارية وعمل خطة للإنتحار.

٣ - وجود ضلالات أو هلاوس تختص بفقدان الكفاية والذنب والمرض والموت.

٤ - عدم وجود أمراض نفسية أخرى (الفصام مثلاً).

٥ - عدم وجود إضطرابات عصبية NEUROLOGIC .

ثانياً : - حالة إكتئابية صغرى MINOR .

وهذه الحالة وقتية.

ثالثاً : - حالة إكتئابية ثانوية.

وتكون هذه الحالة مصاحبة في أغلب الأوقات للأمراض الطبية.

ثامنا : الإكتئاب والإنتحار : -

الإنتحار بدأ ينتشر وبشكل ملفت للنظر في كثير من بلدان العالم، وتشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المضمار - والتي سوف نتكلم عنها في الصفحات القادمة إلى تفشي هذه الظاهرة في كثير من مجتمعات العالم، ولعل ذلك يقودنا إلى العديد والعديد من التساؤلات حول هذا الموضوع. ولعلنا في البلدان الإسلامية لا نلحظ كثرة في إنتشار هذه الظاهرة ويرجع السبب في ذلك إلى تمسكنا بديننا الإسلامي الحنيف، هذا الدين الذي وضع الأسس والقواعد المتينة التي إذا اتبعها المسلم بإخلاص كفاه الله شر الإنتحار حيث أن الله عز وجل وعد الصابرين بالأجر العظيم نظير صبرهم، قال الله تعالى :"وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون" (البقرة : ١٥٤ - ١٥٥).

ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم : " ما من أحد تصيبه مصيبة فيقول : إنا لله وإنا إليه راجعون اللهم أجرني في مصيبتي واخلف لي خيراً منها ، إلا اجاره الله في مصيبته وأخلف له خيراً منها " . (رواه مسلم) .

والشيء الذي يحرص عليه الإسلام ويحاول أن يؤكده لكل مسلم هو أن العبد وأهله وماله ملك لله عز وجل ، وهذه حقيقة لا يمكن لأحد إنكارها وأن هذه الأشياء وضعت عند العبد أمانة تسترد منه وقتما يشاء الله ، وهنا يترك العبد ماله وولده وأهله وعشيرته ويذهب إلى دار لا ينفع فيها جميع ما ذكر سابقاً إلا من آتى الله بقلب سليم . هذه الحقيقة يحاول الإسلام أن يغرسها في نفوس المسلمين حتى لا يحاول أي شخص أن يفكر في الدنيا وما فيها من مضايقات وهموم وكدر لأن الدنيا دار ممر والآخرة دار مقر ويجب علينا أن نعمل لدار المقر ونبذل المستحيل في التزود بالأعمال الصالحة في الدنيا ، وإذا حصل وأن تعرض المسلم إلى الهم والكرب فإن ديننا الإسلامي الحنيف يوجهنا إلى بعض الأدعية التي يجب أن نتبعها حتى يُذهب الله عنا الغم والهم الذي قد يؤدي بنا إلى نهاية سيئة حيث جاء في الصحيحين من حديث ابن عباس أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان يقول عند الكرب " لا إله إلا الله العظيم الحليم لا إله إلا الله رب العرش العظيم لا إله إلا الله رب السموات السبع ورب الأرض ورب العرش الكريم " .

وعن أنس رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان إذا حزبه أمر قال : (يا حي يا قيوم برحمتك أستغيث) رواه الترمذي ، وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن الرسول صلى الله عليه وسلم كان إذا همه الأمر رفع طرفه إلى السماء فقال : (سبحان الله العظيم) وإذا اجتهد في الدعاء قال : (يا حي يا قيوم) رواه الترمذي .

وفي مسند الإمام أحمد عن ابن مسعود عن النبي صلى الله عليه وسلم قال : (ما أصاب عبداً هم ولا حزن فقال : اللهم إني عبدك، ابن عبدك، ابن امتك، ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاؤك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك أو أنزلته في كتابك، أو علمته أحداً من خلقك، أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن العظيم ربيع قلبي، ونور صدري وجلاء حزني وذهاب همي إلا أذهب الله حزنه وهمه وأبدله مكانه فرحاً) .

أن هذه المجموعة من الأحاديث وغيرها من التي لم نذكرها لهي بمثابة الحصانة والوقاية الكافية من الإصابة بأي كآبة أو حزن وإذا اتبعناها وطبقناها في حياتنا اليوميه ونحن موقنون بها فأننا لن نصاب بأي كآبة قد تؤدي بنا إلى الانتحار لا سمح الله ، ولكن من حاد عن الطريق السليم فان مصيره الانزلاق إلى الهاوية، وقد تكون نهايته الانتحار .

وهنا يحذر الدين الإسلامي من يقدم على هذه الفعلة الشنعاء فيقول الرسول صلى الله عليه وسلم في حديث لأبي هريرة (من تردى من جبل فقتل نفسه فهو في نار جهنم يتردى فيها خالداً مخلداً فيها أبداً ومن تحسّى سماً فقتل نفسه فسمه في يده يتحساه في نار جهنم خالداً مخلداً فيها أبداً ، ومن قتل نفسه بحديدة فحديدتة في يده يتوجأ بها في نار جهنم خالداً مخلداً فيها أبداً) . (رواه البخاري ومسلم والترمذي) .

وعنه أيضاً قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (الذي يخنق نفسه يخنقها في النار والذي يطعن نفسه يطعن نفسه في النار ، والذي يقتحم يقتحم في النار) . رواه البخاري .

أما في البلدان الغربية وأمريكا فلقد شاعت فيهم هذه الظاهرة وانتشرت بشكل ملفت للنظر ، وأصبحت معدلات الانتحار تزداد يوماً بعد يوم ، ففي ثلاث دراسات قام بها (Silverman , 1968) في كل من الولايات بالمتحدة الأمريكية وكندا . وجد فيها أن الإقدام على الانتحار وصل إلى حوالي ٨٠ في كل مائة ألف بينما وصل المعدل في مستشفى ولاية فرجينيا الأمريكية للإكتئاب وفي هيوستن وتكساس إلى حوالي ٥٦٦ في كل مائة ألف حالة أي بمعدل ٢٢٫٧٪ بالنسبة لاجمالي السكان في ولاية تكساس الأمريكية .
كما يلاحظ أن الانتحار بين السود الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢٤) قد زاد بشكل ملحوظ في الولايات المتحدة الأمريكية ، وطبقاً للمركز القومي للإحصائيات الصحية (التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية) فقد وصلت نسبة الانتحار بين الأمريكيين عام ١٩٣٨م إلى ١٢٫٥ لكل مائة ألف من السكان ، أما نسبة الانتحار بين المراهقين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-٢٤) فقد كانت عام ١٩٦٠م مقدار ٢٫٥ لكل مائة ألف من السكان ، وفي عام ١٩٧٠م وصلت إلى ٨٫٨ ، وفي عام ١٩٨١م وصلت إلى ١٣ لكل مائة ألف نسمة ، أما في عام ١٩٨٥م فقد وصلت نسبة الأنتحار لدى كافة الأعمار إلى ١٢ لكل مائة ألف من السكان . (العفيفي ، ١٩٩٠م) .

وقد قام العلماء بالعديد من الدراسات لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلى الأنتحار، وهل الإكتئاب هو السبب الوحيد الموصل إلى الأنتحار ، وقد توصل الباحثون إلى نتائج مفادها أن الإكتئاب ليس السبب الوحيد المؤدي إلى الأنتحار بل أن إدمان المخدرات والفصام واضطراب الشخصية والحالة المزاجية ونزعة تدمير الذات والغضب الجامح والشك والاتكالية والأندفاعية والبصيرة القاصرة والتورط في المسائل الجنسية المثلية كلها تؤدي إلى الأنتحار . (ليفين ولوبين، ١٩٧٥م).

وهناك دراسات أخرى تقول أن الأنتحار لا يحدث غالباً إلا من خلال المرض الأنفعالي أو بمعنى آخر لا يقدم على الأنتحار إلا أناس ترددوا على عيادات ومستشفيات الأمراض النفسية ، ومن هذه الدراسات خمس دراسات قام بها (Rushing , 1968) على الأنتحار توصل إلى نتائج تقول بأن : ٥٣، ٦٨، ٨٥، ٩٤٪ من ضحايا الأنتحار كانوا مصابين بمرض عقلي .

وهناك وجهتا نظر لتفسير الأنتحار إحداهما اجتماعية والأخرى نفسية فالاجتماعية يرى أصحابها - وعلى رأسهم عالم الاجتماع الشهير - إميل دور كايم - أن هناك عدة أنواع للأنتحار منها : -

* الأنتحار الإيثاري حيث ينتحر الفرد مدفوعاً باخلاصه للمجتمع .
* الأنتحار الأناني حيث يبالغ الفرد في تقديره لذاته .
* الأنتحار الناتج عن التفكك الاجتماعي .

أما النفسانيون وعلى رأسهم - فرويد وفريدمان - فيرون أن الكائن البشري يتقمص الشخص الذي يحبه بطريقة متناقضة وجدانياً (يحبه ، ويكرهه) فعند أوقات الإحباط يظهر الجانب العدواني من التناقض الوجداني ويوجه ضد الذات فكأن الأنتحار إذن هو تحول الطاقة العدوانية عن الشخص الذي تسبب في الاحباط لتتحول وتتجه إلى معاقبة الذات . وهكذا فأن الإنسان ربما يقوم بقتل نفسه لكي يقتل صورة الشخص الذي كان يكرهه والذي كان يحبه من قبل (العفيفي ، ١٩٩٠ م) .

ويرى (Rushing , 1968) أن هناك أربعة أعراض للأنتحار هي : الإكتئاب ، وفقدان القدرة على التوجيه ، والرعونة ، والتبرم .

ومن هنا يتضح لنا بأن الإكتئاب سبب لا يستهان به للوصول إلى الأنتحار ، ولهذا علينا نحن المسلمين أن نتمسك بديننا الإسلامي الحنيف ، ونطبق كل ما ورد في كتاب الله الكريم ونتبع كل ما أمرنا به سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وبذلك نستطيع بإذن الله تعالى أن نواجه المشاكل والأحزان التي تعصف بنا من كل مكان .

الدراسـات السابقــة

لقد حظي هذا الموضوع بالعديد من الدراسات سواءً كانت على البيئات العالمية أو البيئات العربية أو البيئات المحلية ، ولكن البيئة المحلية لم تنل الحظ الأوفر من هذه المقاييس صحيح أنه أجري بعض الدراسات على المقاييس النفسية التشخيصية في المملكة العربية السعودية - وخاصة التقنين - إلا أنها قليلة جداً ولهذا فالباحث سيقوم باستعراض الدراسات السابقة الخاصة بموضوع البحث وذلك في البيئة السعودية وكذلك البيئة العربية والغربية نتطرق من خلالها إلى نبذة عن تلك المقاييس ، والنتائج التي تم التوصل إليها .

على البيئة السعودية : -

١ - قام (El Sendiony , 1981) بدراسة لمعرفة انتشار الأمراض العقلية بمنطقة الطائف، وقد أشتملت عينته على ٤٨١ من المنومين بمستشفى الصحه النفسية بالطائف منهم ٣٥٢ من الذكور و١٢٩ من الأناث وبالإضافة إلى ذلك فقد شملت دراسته ١١١٦٠ من المترددين على العيادة الخارجية بنفس المستشفى بالطائف في عام ١٣٩٦ هـ ، وقد وجد أن نسبة المصابين بالأمراض الوجدانية (وتشمل الإكتئاب التفاعلي Reactive Depression والهوس Mania والإكتئاب ذا المنشأ الداخلي Endogenous Depression وإكتئاب سـ · القعود (Involutional Melancholia) من المنومين تبلغ ١٢٪ من العينة وقد زادت النسبة عند الإناث عنها عند الذكور إذ بلغت

النسبة المئوية من الإناث المنومات ١٢٪ بينما بلغت النسبة المئوية من الذكور المنومين ٩٪ وبوجه عام فقد لاحظ الباحث أن نسبة الإكتئاب التفاعلي بين المرضى السعوديين تزيد كثيراً عن الإكتئاب الداخلي Endogenous إذ بلغت نسبة الإكتئاب التفاعلي ٨٪ بينما بلغت نسبه الإكتئاب التفاعلي ٨٪ بينما بلغت نسبه الإكتئاب الداخلي ٢٪ .

٢ - قامت الباحثة (West , 1985) بتقنين مقياس BECK للإكتئاب على احدى مدن المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية وقد أوضحت الباحثة حاجة المجتمع إلى مثل هذه المقاييس التشخيصية لا سيما أن هذا المجتمع تنتشر فيه الخدمات الصحية بشكل واسع وبسرعة هائلة ، كما أن الطلب على خدمات الصحة النفسية يزداد يوماً بعد يوم سواءً من قبل المقيمين أو المتعاقدين مع الدولة . وقد طبقت المقياس على عينة الدراسة بلهجة المنطقة الشرقية حيث بلغ عدد العينة المختارة للدراسة ٥٣ مواطناً سعودياً يراجعون العيادات الخارجية النفسية ، تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ - ٥٨ عاماً بمتوسط ٢٨ عاماً ، وكانت العينة المختارة على النحو التالي : ٥٣٪ متزوجين ، ٣٩٪ غير متزوجين ، ٦٪ مطلقين ، ٢٪ أرامل . وعن المستوى الوظيفي لأفراد العينة فقد حددتها بمعايير غربية ولكن وجدت أنها غير مناسبة ، وعلى هذا الأساس أهملت لأنها لا تتناسب مع بيئة التطبيق ، أما عن متوسط المستوى التعليمي فكان الصف الخامس الإبتدائي ولهذا فإن هناك بعض أفراد العينة لا يعرفون القراءة أو الكتابة .

أما عن تطبيق الاختبار فقد كان الوقت المحدد لتطبيق الاختبار من ٣٠ - ٤٥ دقيقة ، وهذا الوقت يعتبر كبيراً جداً مقارنة بالوقت الذي يستغرقه المفحوص على مقياس BECK الأساسي ، حيث يأخذ المفحوص ١٠ دقائق تقريباً ، وقد عللت الباحثة السبب في ذلك إلى أن الاختبار هذا يعتبر جديداً على المفحوصين ومن ثم غريباً عليهم زيادة على ذلك خوف المفحوصين من أن هذا الاختبار لربما يجلب لهم

المتاعب . وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية : -

أ - ليس هناك فرق بين المتزوجين والمطلقين في الإصابة بمرض الإكتئاب وهذا يؤكد ما وصل إليه BECK في دراسته على المقياس الأساسي .

ب - العلاقة ضعيفة بين عدد سنوات الدراسة والإصابة بالإكتئاب وهذه النتيجة تخالف بها النتائج التي توصل إليها BECK والتي تقول إنه كلما قل التعليم زاد إحتمال الإصابة بالإكتئاب ، وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى خطأ إجرائي في الدراسة السعودية، لأن أغلب الدراسات تؤكد أن زيادة التعليم تقلل من الإصابة بمرض الإكتئاب والعكس صحيح .

جـ- وجدت الباحثة أيضاً أن الجماعة الأصغر سناً كانوا أكثر إكتئاباً من الأكبر سناً على عكس ما هو عند BECK .

د - أما عن علاقة الجنس في الإصابة بمرض الإكتئاب فقد توصلت الباحثة إلى أن هناك علاقة واضحة بين النساء والإكتئاب أي أن النساء أكثر عرضه للإصابة بهذا المرض من الرجال، وهذا يتوافق مع دراسة BECK . ولعل الجانب الإيحائي له دور كبير في إشتراك النساء في الإصابة بمرض الإكتئاب رغم إختلاف الثقافة فيما بينهن .

٣ - قاما الباحثان (West & Kaisi, 1985) بمقارنة بين أعراض الإكتئاب عند المرضى السعوديين والمرضى الأمريكيين المراجعين للعيادة النفسية الخارجية بالمراكز الطبية بالمنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية ، وكانت عينة الدراسة مكونة من ٢٤٣ سعودي وأمريكي « متعاقدين » يعملون في المنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية .

استخدمت الباحثة طريقة « كروسكال ولس » في التحليل الإحصائي وتوصلت إلى النتائج التالية :

أ - أن المرضى الذكور الأمريكيين يميلون إلى أن يكونوا أكثر إكتئاباً من الإناث الأمريكيات ، أما الإناث السعوديات فقد سجلن معدلات أعلى للإكتئاب من الذكور السعوديين أي عكس الأمريكان تماماً .

ب - توصلت الباحثة إلى أن أكثر الإستجابات إرتفاعاً عند المرضى السعوديين من الجنسيين هي التشاؤم حيث وصلت إلى ٢٦ر٧٤٪، أما الأكثر إنخفاضاً عند المرضى السعوديين من الجنسيين أيضاً فهي توهم المرض حيث وصل إلى ١٣ر١٧٪ .

جـ- أما الأمريكان فكان أعلى استجابة عندهم هي عدم القدرة على إتخاذ القرار حيث وصلت إلى ٥٧ر٢٥ ٪ ، أما الأكثر إنخفاضاً عند الجنسين الأمريكيين فهي صورة الذات حيث وصلت إلأى ٨٥ر٧ ٪.

٤ - قام (الحاج، ١٩٨٧م) بتصميم مقياس للإكتئاب مقتبس من أختبار الشخصية المتعدد الأوجه (M .M .P .I) ، وكان الهدف منه معرفة درجة أو عمق الأعراض المرضية لدى مرضى الإكتئاب .

شملت عينة الدراسة ٨٤١ منهم ٥٤٣ ذكور، و٢٩٨ إناث، تراوح أعمار الذكور ما بين ١٨ - ٣٥ بينما تتراوح أعمار الإناث ما بين ١٧ - ٣١ عاماً.

شملت مجموعة الذكور طلاب المدارس الثانوية بمدينة الرياض والدرعية وحائل والمدينة المنورة والطائف، وبعض المعاهد العلمية ، كما شملت بعض طلاب كلية الشريعة وكلية اللغة العربية وكلية العلوم الإجتماعية بجامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية وبعض طلاب كلية التربية والطب البشري وطب الأسنان بجامعة الملك سعود ، أما مجموعة الإناث فقد تكونت من بعض طالبات المدارس الثانوية للبنات في مدينة الرياض وطالبات جامعيات من كلية العلوم الإجتماعية «منتسبات» بجامعة الامام وطالبات كلية التربية للبنات وطالبات كلية الأداب للبنات وكلية التجارة والعلوم الإدارية في جامعة الملك سعود .

ثبات المقياس :

استخدم الباحث معادلة كودر - ريتشارد سون مع المجموعتين وكان ثبات المقياس بالنسبة للإناث هو ٤٣ر. وللرجال ٤٥ر.

صدق المقياس :

للتأكد من صدق مقياس الإكتئاب قام الباحث بمقارنة المتوسط الحسابي للدرجات في مجموعة التقنين المحلية مع المتوسط الحسابي لبعض الحالات التي شخصت على أنها إكتئاب وهذه الحالات من المترددين على العيادات النفسية والوحدات الصحية والمستشفيات بمدينة الرياض، وبعد تطبيق الإختبار أظهرت المقارنة فروقاً واضحة بين المتوسط الحسابي للمصابين بالإكتئاب وبين المتوسط الحسابي لمجموعة التقنين .

تفسير الدرجات :

كما هو معروف في مقياس M . M . P . I فإن هناك خطئين يمثلان الدرجة التائية المرتفعة والمنخفضة ، والمرتفعة هي ٥٥ فما فوق والمنخفضة هي ٤٥ وما دون وما بين الدرجتين هو السواء ومن تقع درجته بين تلك الدرجتين يكون خالياً من الإكتئاب وكذلك إذا قلت عن ذلك ، أما إذا كانت الدرجة من ٥٥ - ٧٠ درجة تائية فإن هذا نذير بداية الحالة الإكتئابية ، أما من الـ ٧٠ فما فوق فهو دليل وجود المرض الصريح .

على البيئة العربية :

١ - قام (عبد الخالق، ١٩٩١م ، جـ١) بدراسة على بعض مقاييس الإكتئاب كان الهدف منها المفاضلة بين أربعة مقاييس خاصة بالإكتئاب وهي مقياس BECK ومقياس جليفورد - وقائمة الصفات - ومقياس مينسوتا للإكتئاب المقتبس من مقياس M . M . P . I وقد تضمنت عينة الدراسة (١٢٠) من طلاب جامعة الأسكندرية والمعهد العالي للخدمة الإجتماعية من الجنسين يتراوح متوسط أعمارهم ما بين ١ر٢٢ ∓ ٧ر٢ ، قام الباحث بترجمة مقياس

BECK - وهو ما يهمنا بالدرجة الأولى في هذه الدراسة - إلى اللغة العربية وعرضه على متخصصين في علم النفس لتحديد مدى تكافؤ البنود في اللغتين ثم بعد ذلك طبقت الصورتان العربية والإنجليزية على (٢٦) من طلاب السنة الرابعة بقسم اللغة الإنجليزية - كلية الآداب - جامعة الأسكندرية وكان معامل الإرتباط عالياً جداً (٩٥ر،) .

ثم عمل كذلك مع بقية المقاييس الثلاثة الأخرى وقام بعدها بتطبيق المقاييس الأربعة على موقف قياس جمعي مكون من (١٢٠) طالباً وطالبة جامعيين ضمت كل جلسة عدداً صغيراً من الطلاب .

وقد توصل الباحث إلى ثبات الإتساق الداخلي للمقاييس الأربعة بحيث حصل مقياسا جيلفورد وبـ BECK على (٩٠ر) ، (٧٣ر) على التوالي وهما مرتفعان مقارنة بقائمة الصفات التي كان معامل الإتساق الداخلي فيها (٦٧ر) ومنيسوتا (٦٦ر) .

٢ - قام (عبد الخالق، ١٩٩١م، جـ٢) ببناء مقياس الإكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية، يتكون المقياس من ٥١ بنداً اعتمد في بنائها على التراث النفسي والطب النفسي بالإضافة إلى خبرته الشخصية في هذا المجال ، صاغ الباحث ٣١ بنداً منها صياغة موجبة في اتجاه الإكتئاب والعدد المتبقي وهو ٢٠ بنداً صيغة صياغة سلبية ، عرضت البنود على أعضاء هيئة التدريس للتحكيم على صدق المقياس ، وبناءً على ذلك فقد تم حذف خمسة بنود بحيث أصبح عدد البنود ٤٦ بنداً .

وللتأكد من العبارات أو البنود من حيث وضوحها طبق المقياس على طفلين منفردين في صورة مقابلة شخصية بعد ذلك صيغت تعليمات بسيطة للمقياس ثم بدائل لكل البنود بحيث يتضمن كل بند خمس بدائل هي (لا -

أحياناً - متوسط - كثيراً - كثيراً جداً) ويأخذ كل بديل درجة كما هو موضح فيما يلي (لا = ١ ، أحياناً = ٢ ، متوسط = ٣ ، كثيراً = ٤ ، كثيراً جداً= ٥) هذا فيما يخص البنود الموجبة ، أما البنود السالبة فتأخذ (لا = ٥ ، أحياناً = ٤ ، متوسط = ٣ ، كثيراً = ٢ ، كثيراً جداً = ١) .

طبق المقياس على (٨٣) طالباً و(٨٥) طالبة من المدارس الإعدادية الحكومية من الصفين الثاني والثالث ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ - ١٥ عاماً ، استبعدت بعد ذلك بعض البنود التي لم يصل ارتباطها بالدرجة الكلية إلى حد الدلالة الإحصائية عند مستوى (٠١ر) فحذف بناءً على ذلك (١٦) بنداً فأصبح يضم المقياس في صورته النهائية (٢٧) بنداً .

ومن حيث ثبات وصدق المقياس فقد استخدم في ثبات المقياس طريقتي الاتساق الداخلي وإعادة التطبيق وكانت النتائج تشير إلى ارتفاع المقياس .

أما عن الصدق فقد استخدم صدق المحكمين وكذلك التحليل العاملي للإرتباطات المتبادلة بين البنود واتضح أن هناك قوة في صدق المقياس .

<u>على البيئة الأجنبية : -</u>

١ - قام كل من (Hirschfeld & Cross , 1982) بمجموعة من الدراسات التي تبين مدى انتشار المرض على عينات مختلفة من المقيمين في مدينتي كانساس وواشنطن الأمريكيتين ، شملت عينة الدراسة من مدينة كانساس (١١٧٩) ، ومن واشنطن (٢٧٦٢) فرداً .

كما اخذا عينة أخرى قوامها (١٦٧٢) فرداً من أفراد المجتمع الأمريكي ، وكذلك (٦٥) مريضاً منوم بالمستشفيات النفسية ، وعينة ثالثة تتكون من (١٠٠) مريضاً، و(١٠٠) مريضة جميعهم مصابون بلوثة الهياج والإكتئاب .

وكانت الإداة المستخدمة في جميع هذه الدراسات هي الدليل التشخيصي الثالث للجمعيـة الأمريكيـة للطب النفسي . (D S M III) وقد توصلا إلى النتائج التالية :-

* معدل الإصابة بالإكتئاب بين النساء ضعف الرجال .
* هناك علاقة عكسية بين الطبقة الاجتماعية ومعدلات الإصابة بالإكتئاب .
* نسبة إصابة المتزوجون بالإكتئاب أقل من غيرهم من المطلقين والأرامل .
* توجد علاقة إيجابية بين المشاكل الاجتماعية من صدمات وصراعات ودرجة الإصابة بالإكتئاب .
* العلاقة الزواجية تعطي حصانة كافية إلى حد ما ضد صدمات الحياة ونمو أعراض الإكتئاب .

٢ - قام (Angst , et al , 1987) بدراسة لمعرفة انتشار المرض على بعض الدول الصناعية وقد اعتمدوا في دراستهم على عينة من الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغ عددها (١٨٠٠٠) فرداً استخدموا معهم المقابلة التشخيصية ، وكذلك الدليل التشخيصي الثالث للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III) وقد توصلوا إلى النتائج التالية : -

* معدل الإصابة في الدول الصناعية يتراوح ما بين ٨ - ١٢ ٪ هذا فيما يتعلق بالرجال وأما النساء فتزيد النسبة حيث تتراوح ما بين ٢٠ - ٢٦ ٪ ، أي أن نسبة إصابة الرجال بالإكتئاب في الدول الصناعية لا تقل عن ١٠ ٪ من معدل السكان العام ، بينما تصل في النساء إلى ٢٠ ٪ .

والباحثون يرون أن هذه الإحصائيات تمثل الحد الأدنى بالنسبة للدول الصناعية حيث أن الإصابة بالإكتئاب في الدول الصناعية تزيد عن تلك النسب بكثير .

* هناك علاقة وطيدة بين الإصابة بالإكتئاب والركب السريع للحياة وكثرة الضغوط في حياتنا اليومية .
* ازدياد الإصابة بالإكتئاب والانتحار بين المراهقين .

٣ - قام (Harlow et al , 1991) بدراسة على عينة من النساء قوامها (١١٤٤) امرأة مسنه ، وذلك عن طريق المقابلة التشخيصية ، حيث قام الباحثون بإعادة الدراسة مرة أخرى على (١٢٦) امرأة ترملن كعينة تجريبية ، و(٤٠٩) امرأة لازلن متزوجات تم اختيارهن كعينة ضابطة وتوصلوا إلى النتائج التالية : -

* أن ١٠٪ من النساء حصلن على درجات عالية في الإكتئاب عند كل مقابلة ولكن هذه النسبة ارتفعت عند نفس النساء عندما ترملن حيث وصلت إلى ٥٨٪ ، وهذه النتيجة ترى أن النساء المتزوجات يصبن بالإكتئاب ولكن بنسبة أقل بكثير من الأرامل والمطلقات .

تعليق عام على الدراسات السابقة

لو أمعنا النظر في الدراسات التي أجريت في مجال القياس النفسي على البيئة السعودية لوجدنا أنها قليلة جداً وخاصةً ما يهمنا منها في هذا البحث وهي المقاييس النفسية التي أجريت في مجال الإكتئاب ، فالباحث يرى أن هذه الدراسات تكاد تعد على الأصابع .

توصلت (West, 1985) إلى نتائج تقول أن الأصغر سناً هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب ، وهي بهذه النتيجة تخالف ما هو متعارف عليه بين العلماء سواءً علماء النفس أو الأطباء النفسانيين من أن الإكتئاب لا يكاد يصاب به الفرد إلا بعد سن الثلاثين عندما تكون الشخصية في ذروة الانشغال بالدنيا من حيث توفير الحاجات الأساسية ، والصراع والمنافسة من أجل الحصول على مكانة اجتماعية مرموقة ،

كما أنها خالفت بهذه النتيجة ما توصل إليه صاحب المقياس الأساسي الذي اقتبست منه الباحثة من أن الإكتئاب يصيب الأصغر سناً من السعوديين وتعتبر هذه النتيجة التي توصلت إليها الباحثة نتيجة هامة لأنها تخالف ما وجده الباحثون في دراساتهم للإكتئاب بالثقافة الغربية وهذه النتيجة في حاجة إلى تفسير نابع من ثقافة المجتمع السعودي المسلم.

ومن هنا تتضح الحاجة الماسة إلى دراسات كدراسة(West,1985) يقوم بها وطنيون لهم معرفة وفهم بتراث المملكة العربية السعودية، ولهذا فإن الباحث يرى ان الدراسة التي سيقوم بها ستعطي إن شاء الله خلفية أكثر عن المجتمع السعودي لاسيما أن الباحث الذي سيقوم بالدراسة ينتمي إلى هذا المجتمع وملّم بعاداته وتقاليده ومتعايش مع أفراده يعرف الخصائص المكونة لهذا المجتمع والسمات التي يتميز بها عن غيره من بقية المجتمعات.

ومن خلال الإطار والدراسات السابقة فإن الباحث توصل إلى الفروض التاليـة : -

فروض الدراسة : -

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل الجنس.
* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل السن.
* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى التعليم.
* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً للحالة الإجتماعية.
* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى الدخل.
* يوجد اتفاق بين تشخيص الطبيب النفساني وما يقيسه مقياس الإكتئاب.

الفصل الثالث

اجراءات الدراسة

* المنهج.
* عينة الدراسة .
* أدوات الدراسة .
* وصف ادوات الدراسة .
* الدراسة الاستطلاعية .
* إجراءات تطبيق ادوات الدراسة .
* الأسلوب الاحصائي االمستخدم فى الدراسة .

المنهج : -

إن موضوع دراستنا هذه يعتمد إلى حد كبير على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها والوصل من خلالها إلى نتائج علمية بمشيئة الله تعالى ولهذا كان منهج الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي .

عينة الدراسة : -

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية مقياس (Beck) للحالة المزاجية في تشخيص مرض الإكتئاب للمراجعين لبعض العيادات والمستشفيات النفسية بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية ، ولذلك قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية الهدف منها التعرف والتأكد من فاعلية المقياس العلمية من حيث الصدق والثبات ، وكذلك قدرته على التمييز بين المرضى النفسانيين وغيرهم سواءً العاديين أو المرضى النفسانيين من غير الإكتئاب ، وسوف يتحدث الباحث عن هذه الدراسة في الجزء الخاص بالدراسة الاستطلاعية .

تم التطبيق على العينة الاستطلاعية والتي قوامها (١٠٠) فرداً ، حيث قام الباحث بالتعامل مع النتائج المستحصلة إحصائياً للتأكد من قدرة المقياس على التشخيص ، وكانت النتائج جيدة أعطت الباحث دفعة قوية لمواصلة بحثه ، بعد ذلك قام الباحث باتباع الخطوات التالية لاختيار العينة الخاصة بموضوع بحثه وهي : -

أ - حدد الباحث العينة المختارة للدراسة بـ (٣٠٠) مريض تم تشخيصهم من قبل الطبيب النفساني على أنهم مرضى إكتئاب تم توزيعهم بالتساوي بين المدن الكبرى الثلاث بالمنطقة الغربية (جدة و مكة و الطائف) بحيث شملت الدراسة (١٠٠) مريض من كل مستشفى كما هو موضح في الجدول التالي : -

جدول رقم (١)

يوضح عينة البحث الأساسية في شكلها النهائي

م	الجهه	المدينة	العدد
١	مستشفى الصحة النفسية .	جدة	١٠٠
٢	العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز .	مكة	١٠٠
٣	مستشفى الصحة النفسية .	الطائف	١٠٠
	المجموع الكلي لأفراد العينة		٣٠٠

ب - حدد الباحث بعض العوامل الداخلية والتي قد يكون لها دور كبير في الإصابة بمرض الإكتئاب ومن ثم على النتائج المستحصلة من هذه الدراسة وهي : -

١ - **الجنس** : - اختار الباحث لدراسته الجنسين (ذكور وإناث) لكي يتعرف من خلال النتائج على الأكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب وهذا يعطي الدراسة قوة ويزيد من إثرائها العلمي .

٢ - **السن** : - تم تحديد السن من (١٠ - ٦٠) فما فوق وتم تقسيم هذه الأعمار إلى فئات حسب تقارب الأعمار فيما بينها وهذا التقسيم يساعد الباحث في التوصل إلى نتائج تحدد المرحلة العمرية الأكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب .

٣ - **المستوى التعليمي** : - تم تقسيم أفراد العينة إلى عدة مستويات تعليمية وذلك حتى يسهل على الباحث الحصول على نتائج جيدة .

٤ - **الحالة الاجتماعية** : - قسمت الحالة الاجتماعية إلى فئات حتى يسهل على الباحث معرفة الفئة الأكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب .

٥ - **الدخل الشهري** : - تم تقسيم الدخل الشهري إلى فئات ليساعد الباحث في الحصول على نتائج جيدة ، قد يكون لها دور في الإقلال من التعرض للإصابة بمرض الإكتئاب في المنطقة الغربية .

أدوات الدراسة : -

من خلال أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام الأدوات التالية : -

١ - مقياس BECK (غريب ، ١٩٨٥م) للإكتئاب باعتباره المقياس الأساسي .

٢ - مقياس الحالة المزاجية والذي قام بتقنينه كل من (خضر والشناوي ، ١٩٩١م) على مدينة الرياض .

وصف الأدوات : -

أولاً : مقياس BECK للإكتئاب : -

يعتبر هذا المقياس من أكثر مقاييس الإكتئاب استخداماً في مجال الصحة النفسية والعلاج والطب النفساني في الولايات المتحدة الأمريكية .

فقد قام ببناء هذا المقياس A . T . BECK عام ١٩٦١م (غريب ، ١٩٨٥م) .

وسماه : BECK Depression Inventory

استعرض مقاييس الإكتئاب الشائعة في ذلك الوقت لتوضيح أوجه القصور فيها ومن ثم الحاجة إلى إعداد مقياس للإكتئاب .

قام بتطبيق هذا المقياس على مجموعة من الطلبة الجامعيين العاديين ولم يتضمن عينة التقنين أي مرضى عقليين ، ولكنه بعد ذلك أجري عليه بعض التعديلات اشترك BECK شخصياً في بعضها مثل التعديل الذي أجري عام ١٩٧٢م وآخر عام ١٩٧٤م وكان الهدف من هذه التعديلات هو إدخال بعض التحسينات على المقياس وخاصة من حيث الصدق والثبات . (غريب ، ١٩٨٥م) .

يتكون المقياس في صورته الكاملة من (٢١) عبارة تتناول مجموعة من الأعراض والاتجاهات تتضمن الجوانب التالية : -

* مشاعر الحزن .
* النظرة للمستقبل .
* الشعور بالفشل .
* النظرة إلى الحياة .
* الشعور بالذنب .
* تلقي العقاب .
* الرضا عن النفس .
* تقدير الذات المنخفض .
* الميول الانتحارية .
* البكاء .
* الإحساس بالتوتر.
* فقدان الميل الاجتماعي .
* اتخاذ القرارات .
* اللوم .
* القدرة على العمل .
* النوم .
* التعب .
* الشهية للطعام .
* فقدان الوزن .
* الانشغال بالصحة .
* النشاط الجنسي .

استخدم BECK درجات ابتداءً من ١ - ٥ لتوضيح مدى شدة الأعراض حيث يطلب من المفحوص أن يقرأ كل المجموعات في هذا المقياس ثم يختار عبارة تناسبه أو تصف حالته في الأسبوع الأخير بما فيه يوم تطبيق المقياس عليه .

ثبات المقياس : -

* الطريقة الأولى : - طريقة إعادة المقياس وكان معامل الثبات (٧٧ر) .
* الطريقة الثانية : - طريقة التجزئة النصفية وكان معامل الثبات (٨٧ر) .

صدق المقياس : -

استخدم عدة طرق لبيان صدق المقياس منها : -

الصدق التلازمي : -

تم التوصل إلى هذا النوع من الصدق عن طريق توضيح إلى أي مدى ترتبط الدرجات على المقياس بدرجات أخرى للإكتئاب مثل التقييم والتقديرات على اختبار نفسي حركي للإكتئاب ، ولقد أوضحت العديد من الدراسات قوة الصدق التلازمي للمقياس بواسطة مقارنة الدرجات على المقياس بتقديرات الأطباء النفسانيين .

صدق المفهوم : -

اعتمد BECK على ما ذهب إليه (كرونباخ) من أن أكثر المعلومات مناسبة للتعامل مع متغيرات الشخصية تم الحصول عليها بدراسة صدق المفهوم ويعني صدق المفهوم في حالة مقياس (BECK) للإكتئاب هو إيجاد العلاقة بين نتائج المقياس وبعض الفروض التي تتعلق بمتغير الشخصية . موضوع الدراسة - الإكتئاب - ومن تلك الفروض : -

أ - أن الأشخاص المكتئبين لديهم مفهوم سالب عن الذات .

ب - أن لديهم تاريخاً من الحرمان يجعلهم أكثر حساسية للإصابة بالإكتئاب فيما بعد .

جـ - أن المكتئبين يستجيبون للفشل التجريبي ولكن إذا ما صادفوا خبرة ناجحة سوف يظهرون تحسناً ملموساً .

د - يظهر الأشخاص المكتئبون ارتباطات مرتفعة بين شدة الإكتئاب ومحاولات الانتحار .

تعليمات المقياس :

تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة وهي وضع دائرة أمام الإجابة التي تنطبق عليه ، ولا يحتاج هذا المقياس إلى مجهود كبير من الفاحص فما عليه إلا الإشارة إلى المفحوصين بقراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة .

ومن حيث الوقت فليس هناك وقت محدد للإجابة على الأسئلة ولكن متوسط ما يستغرقه المفحوص في الإجابة ما بين ٥ - ٧ دقائق قد تقل وقد تزيد عن ذلك قليلاً .

طريقة التصحيح : -

تجمع الدوائر التي وضعت أمام كل عبارة وما تحصل عليه من مجموع هذه الدوائر يعتبر الدرجة التي حصل عليها المفحوص في هذا المقياس وبناءً على هذه الدرجة يصنف المفحوص ضمن الفئات التالية : -

٢١ - ٤٢	خالي من الإكتئاب .
٤٣ - ٦٢	إكتئاب نوعاً ما .
٦٣ - ٨٢	إكتئاب شديد .
٨٣ - فما فوق	إكتئاب حاد .

ثانياً : مقياس BECK المقنن على بيئة مدينة الرياض : -

قام الباحثان (خضر و الشناوي ، ١٩٨٧م) بتقنين مقياس BECK للإكتئاب على مدينة الرياض ، وقد أطلقا عليه اسم " مقياس الحالة المزاجية " ويتكون هذا المقياس من ٢١ فقرة لكنهما حذفا الفقرة الأخيرة رقم ٢١ والخاصة بالجنس ، وعدلت الفقرة رقم(٩)

الخاصة بالانتحار بحيث تتناسب مع بيئة مدينة الرياض ، وشملت عينة الدراسة مجموعة من طلاب المدارس الثانوية بمدينة الرياض وعددهم ٢٢٠ طالباً ، وكذلك مجموعة من طلاب كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وعددهم ٢٥٠ طالباً، كما شملت الدراسة عينة أخرى مكونة من ٣١ مريضاً مترددين على وحدة الخدمات الطبية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وهذه العينة مشخصة من قبل اخصائي الأمراض النفسية والعصبية بالوحدة .

وقد استخدم الباحثان في حساب الثبات طريقة الاتساق الداخلي وذلك بمعامل الفاكرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وكان معامل الثبات بالطريقة الأولى هو (٨٠ر) وبالطريقة الثانية (٧٤ر) .

كما استخدمت معادلة سبيرمان براون للتصحيح فكانت النتيجة (٨٥ر) .

ومن حيث الصدق فقد تم حسابه بطريقة صدق المحكمين وصدق المحك الخارجي حيث عرض المقياس على (٧) من اساتذة علم النفس بنفس الجامعة وكان الاتفاق تاماً فيما بينهم ، أما صدق المحك الخارجي فقد استند إلى رأي طبيب نفسي واحد . ويتم تصحيح المقياس بوضع دائرة حول الإجابة التي تنطبق على المفحوص ويتضمن كل بند من البنود الـ ٢١ أربع بدائل تتدرج حسب الشدة من الصفر إلى الثلاثة .

الدراسة الإستطلاعية : -

إن الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على قدرة المقياس التشخيصية حتى يتسنى للباحث التطبيق النهائي لهذا المقياس على العينة الأصلية ، لذا كان لزاماً على الباحث أن يستخدم الطريقة أو الأسلوب الذي من خلاله يتأكد من قدرة المقياس على التشخيص في بيئة المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية ، هذه المنطقة التي تتشابه إلى حد كبير فيما بينها في كثير من العادات والتقاليد ، نظراً لتقارب المسافة فيما بينها، وكذلك أجريت هذه الدراسة للتعرف على ما يلي : -

١ - وضوح الأسئلة والتعليمات الموجودة في المقياس ومدى فهم المفحوص لها .

٢ - التأكد من التسلسل المنطقي للمتغيرات .

٣ - التأكد من تدرج كل عبارة في كل متغير من حيث شدتها .

٤ - التأكد من صدق وثبات المقياس .

وللتحقق من هذه الأهداف وللتعرف على قدرة المقياس على التشخيص تم اختيار (١٠٠) حالة تم تقسيمها إلى مجموعتين : -

المجموعة الأولى : -

وهي مجموعة المرضى المصابين بالإكتئاب وعددهم (٥٠) مريضاً تم تشخيصهم من قبل طبيب نفسي مختص على أنهم مرضى إكتئاب، وقد أخذت العينة من العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، وقد قام الباحث بتطبيق المقياس على المرضى بطريقة فردية، وكانوا جميعاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ - ٦٠ عاماً.

المجموعة الثانية : -

وهي مجموعة العاديين - أي الأسوياء - وتضم (٥٠) طالباً من طلبة البكالوريوس من جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، حيث تم الاتفاق مع أحد اساتذة قسم علم النفس لأخذ مجموعة من طلبته لإجراء الدراسة عليهم وكانوا جميعاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٨-٢٧ ، وقد قام الباحث بشرح المقياس والهدف منه وطريقة الاجابة عليه ، وأعيد تطبيق المقياس بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس المجموعة وبنفس الظروف التي تم بها التطبيق في المرة الأولى ، ثم قام الباحث بالتعامل مع النتائج إحصائياً للتعرف على ثبات وصدق المقياس فحصل على ما يلي : -

١ - ثبات المقياس : -

اعتمد الباحث في حساب ثبات المقياس على العينة الاستطلاعية الطرق التالية : -

أ - طريقة ألفاكرونباخ : -

تم حساب معامل الثبات لكل متغير من متغيرات المقياس في المجموعة الأولى بطريقة الإتساق الداخلي بمعامل ألفاكرونباخ فكانت القيمة (٨٣ر٠) .

ب - طريقة اعادة الاختبار : -

تم حساب معامل الثبات للمجموعة الثانية - مجموعة العاديين - بطريقة إعادة الاختبار فوجد أن معامل الارتباط (٨٢ر) .

هذا فيما يتعلق بالدراسة الاستطلاعية ، أما الثبات للعينة الأصلية فلقد استخدم الباحث طريقة الإتساق الداخلي بمعامل ألفاكرونباخ فكانت قيمته عالية جداً حيث وصلت إلى (٩٢ر) .

٢ - صدق المقياس : -

تم حساب صدق المقياس بطريقة معامل ألفاكرنباخ لكلتا المجموعتين فكان الصدق عند مجموعة المكتئبين (٩١ر) وعند مجموعة العاديين (٩١ر) وقد قام الباحث بالتعرف على معامل الارتباط بين الفقرات والمجموع الكلي حيث تراوح ما بين ٤٥ر ، ٧٥ر والجدول رقم (٢) يوضح هذه النتيجة : -

جدول رقم (٢)
يوضح التغيرات (٢١) ومعامل الارتباط بين الفقرات والمجموع الكلي

م	المتغيرات	معامل الارتباط بين الفقرات والمجموع الكلي
١	مشاعر الحزن	٦٣٥ر.
٢	النظرة للمستقبل	٤٧١ر.
٣	الشعور بالفشل	٥٧٠ر.
٤	النظرة إلى الحياة	٧٥٢ر.
٥	الشعور بالذنب	٦٢٩ر.
٦	تلقي العقاب	٥٧٠ر.
٧	الرضا عن النفس	٦٥٣ر.
٨	تقدير الذات المنخفض	٦٥٦ر.
٩	الميول الانتحارية	٤٥٣ر.
١٠	البكاء	٥٤٣ر.
١١	الإحساس بالتوتر	٦٠٣ر.
١٢	فقدان الميل الاجتماعي	٧٠٣ر.
١٣	اتخاذ القرارات	٦٥٢ر.
١٤	اللوم	٦٣٥ر.
١٥	القدرة على العمل	٧٣٩ر.
١٦	النوم	٥٧٠ر.
١٧	التعب	٧٤٤ر.
١٨	الشهيــة للطعام	٦٥٨ر.
١٩	فقدان الوزن	٥٦٤ر.
٢٠	الانشغال بالصحة	٥٧٥ر.
٢١	النشاط الجنسي	٥٧٤ر.

اجراءات تطبيق أدوات الدراسة : -

بعد أن تحدد مجال الدراسة المكاني بمستشفى الصحة النفسية بجدة ، والعيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة ، ومستشفى الصحة النفسية بالطائف ومجالها البشري المصابين بمرض الإكتئاب وأخيراً مجالها الزمني الفترة الممتدة من منتصف شهر شوال لعام ١٤١٢هـ إلى منتصف شهر ربيع ثاني لعام ١٤١٣هـ ، فقد تم إجراء الخطوات التالية أثناء عملية التطبيق وهي : -

١ - تم الحصول على إذن رسمي من قبل مستشفى الصحة النفسية بجدة والطائف والعيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة بناء على خطاب موجه من جامعة أم القرى لتلك المؤسسات السالفة الذكر ، وذلك للسماح بتطبيق الإداة التي سيستخدمها الباحث في الدراسة .

٢ - تم التفاهم مع كل مدير مؤسسة والفريق العلاجي من حيث اعطائهم فكرة واضحة عن أهداف الدراسة لكي يتسنى للباحث الحصول على تسهيلات أكثر من حيث مساعدة الأطباء النفسانيين للباحث في تحويل الحالات المصابة بالإكتئاب ، وكذلك إيجاد الغرف المناسبة للتطبيق وغير ذلك من الإجراءات التي تساعد الباحث في الحصول على المعلومات الصادقة والتي تحكي المعاناة الحقيقية للمريض .

٣ - استخدم الباحث أسلوب التطبيق الفردي مع جميع أفراد المجموعة التي تم اختيارها للدراسة .

٤ - قام الباحث بالتعريف بنفسه لكل فرد من أفراد العينة بغية إعطائهم جرعة من الإطمئنان وكسب ثقتهم من حيث إن هذه الدراسة لن تستخدم إلا في أغراض علمية بحتة وأن الباحث لن يتعامل إلا مع رموز ولا داعي لذكر الاسم إلا إذا رغب المفحوص في ذلك ، وبهذه الطريقة استطاع الحصول على معلومات صادقة إلى حد كبير وهو ما لاحظه الباحث من خلال الارتياح والتفاعل الذي تم بينه وبين

المفحوصين وقد استطاع الباحث تكوين علاقة حميمة مع الغالبية العظمى من المفحوصين .

٥ - تم اعطاء وقت كاف لكل فرد من أفراد العينة للإجابة على الاستبيان حيث كان متوسط زمن الإجابة على الاستبيان تتراوح ما بين ٧ - ١٢ دقيقة وهو متوسط ما يستغرقه المفحوصين أثناء عملية التطبيق .

٦ - يتكون المقياس في صورته النهائية من (٢١) متغيراً بحيث يضم كل متغير (٤) عبارات تتدرج من حيث شدتها وما على المفحوص إلا وضع رقم العبارة التي تنطبق عليه، بحيث تجمع الأرقام التي بداخل كل مربع ليتم تصنيفه ضمن الفئات التالية:-

من ٢١ - ٤٢ خالي من الإكتئاب

من ٤٢ - ٦٢ إكتئاب بسيط

من ٦٣ - ٨٢ إكتئاب شديد

من ٨٣ فما فوق إكتئاب حاد

الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة : -

استخدم الباحث في دراسته الأساليب الإحصائية التالية : -

١ - **الفرض الأول** : - تم التحقق من صحة الفرض الأول باستخدام كل من المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكلتا المجموعيتن (الذكور والإناث) ، ثم اختبار دلالة الفروق بينهما عن طريق اختبار (ت) (T . Test) .

٢ - **الفرض الثاني** : - تم التحقق من صحة الفرض الثاني عن طريق تحليل التباين الاحادي الاتجاه للمجموعات الثلاثة (صغير ، متوسط ، كبير) .

٣ - **الفرض الثالث** : - تم التحقق من صحة الفرض الثالث باستخدام كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكلتا المجموعتين (الأقل تعليماً ، الأكثر تعليماً) ، تم اختبار دلالة الفروق بينهما عن طريق اختبار (ت) (T . Test) .

٤ - **الفرض الرابع** : - تم التحقق من صحة الفرض الرابع باستخدام طريقة تحليل التباين الاحادي الاتجاه للمجموعات الأربع (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل) .

٥ - **الفرض الخامس** : - تم التحقق من صحة الفرض الخامس باستخدام طريقة تحليل التباين الاحادي الإتجاه للمجموعات الثلاث (منخفض ، متوسط ، مرتفع) .

٦ - **الفرض السادس** : - تم التحقق من صحة الفرض السادس بمعرفة معامل الارتباط بين كل فقرة والمجموع الكلي .

الفصل الرابع

عرض النتائج وتفسيرها

*عرض نتائج الدراسة.
* الفرض الاول .
* الفرض االثانى.
* الفرض الثالث.
* الفرض االرابع .
* الفرض الخامس.
* الفرض السادس .

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها : -

يتناول الباحث في هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

أولاً : الفرض الأول : -

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل الجنس والجدول رقم (٣) يوضح النتيجة .

جدول رقم (٣)
يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت)
ومستوى دلالتها الإحصائية للفرق بين الذكور والإناث في الإصابة بمرض الإكتئاب

المتغير	ذكور (ن)= ١٥٧		إناث (ن)= ١٤٣		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	متوسط	إنحراف معياري	متوسط	إنحراف معياري		
الإكتئاب	٤٢ر٤٧	٩٢ر١٠	٥٠ر٥١	٠٩ر١٢	٣ر٠٧	٠١ر

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الإصابة بمرض الإكتئاب وذلك عند مستوى الدلالة (٠١ر٠) حيث كان متوسط عينة الإناث (٥٠ر٥١) في حين كان متوسط عينة الذكور (٤٢ر٤٧) ولمعرفة هل اتجاه الفرق بين هاتين المجموعتين تم استخدام اختبار (ت) (T . Test) الذي بين أن هذه الفروق بين المجموعتين لصالح الإناث ، وبذلك تحقق الفرض الأول .

وقد أكدت الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المضمار أن النساء أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب فدراسة (West , 1985) التي أجريت على المنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية توصلت إلى نفس النتيجة من أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب من الرجال ، وقد أكد هذه النتيجة Beck (غريب ، ١٩٨٥م) حيث توصل إلى نفس النتائج ، كما اتفقت هذه النتيجة مع كثير من النتائج التي تم التوصل إليها من خلال دراسات أجنبيـــة أجريت في المجتمعات الغربيـة ولعل منها الدراسة التي قـام بهـا كـل مـن :(Hirschfeld & Cross , 1982 , Angst , et al , 1987) ويرجـــع (Gelder , et al , 1989) السبب في كثرة تعرض النساء للإصابة بالإكتئاب إلى ما يلي :-

* أن النساء أكثر استعداداً للتعبير عن الإكتئاب .
* أن الرجال لا يعبرون عن إكتئابهم بصورة مباشرة بل في صور أخرى مثل إستعمال الكحوليات ، وبالتالي يشخصون تشخيصاً آخر فيقل تمثيلهم في الإكتئاب .

ومن خلال عمل الباحث في هذا المجال لاحظ أن أكثر المراجعين للعيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة من النساء وخاصة مرض الإكتئاب ، بل إن الإحصائيات الشهرية التي تصدر عن المستشفيات في المنطقة الغربية تؤكد ذلك ، والجداول رقم ١٠ ، ١١ ، ١٢ توضح ذلك (انظر الملاحق) .

ويعلل الباحث ذلك إلى العوامل الشخصية والتوقعات الاجتماعية للدور النسائي ، كما أن الصراعات النفسية تبدو وكأنما تهيء النساء للإصابة بمرض الإكتئاب ، زيادة على ذلك ميل النساء إلى الاعتماد على الغير ، والسلبية ، كل هذه الأشياء تؤدي إلى نقص في احترام الذات عندهن ، ومن ثم نقص في القدرة على التكيف مع الضغوط النفسية ، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى زيادة قابلية المرأة للإصابة بمرض الإكتئاب .

ثانياً : الفرض الثاني : القائل : -

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لعامل السن .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلي : -

قسم عينة المكتئبين على حسب السن إلى ثلاث مجموعات :

المجموعة الأولى :- مجموعة صغار السن ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ - ٣٠ عاماً .

المجموعة الثانية :- مجموعة متوسطيّ السن ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٣١ - ٥٠ عاماً.

المجموعة الثالثة :- مجموعة كبار السن ممن تزيد أعمارهم عن ٥١ عاماً .

وكان الهدف من هذا التقسيم هو سهولة التعرف على المراحل العمرية الأكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب والجدول رقم (٤) يوضح ذلك .

جدول رقم (٤)
يوضح مصدر التباين ودرجة الحرية ومجموع المربعات
ومتوسط المربعات وقيمة (ف) ومستوى الدلالة بين الإكتئاب والسن

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
الإكتئاب	بين المجموعات	٢	١٢٦٩ر٢٤	٦٣٤ر٦٢	٤ر٧٩	٠٥ر
	داخل المجموعات	٢٩٧	٣٩٣٣٦ر١٣	١٣٢ر٤٤		
	المجموع الكلي	٢٩٩	٤٠٦٠٥ر٣٧			

يتضح من خلال الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين (صغار السن ، متوسطيّ السن ، كبار السن) في الإصابة بمرض الإكتئاب وذلك لصالح كبار السن حيث يلاحظ أنه كلما زاد الإنسان في العمر زاد احتمال إصابته بمرض الإكتئاب . أي أن هذه الدراسة تؤكد أن كبار السن هم الأكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب ، ويقل احتمال التعرض للإصابة به كلما كان الإنسان صغيراً في السن .

وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي توصل إليها BECK (غريب ، ١٩٨٥م) .

أما الدراسة التي قامت بها (West , 1985) فترى عكس ذلك تماماً ، حيث توصلت إلى نتائج مفادها أن صغار السن أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب وعللت ذلك بأن تصنيفها لصغار السن كان يتراوح ما بين ١٥ - ٢٤ عاماً .

ولعل الاختلاف في تصنيف الأعمار لدى صغار السن هو السبب في اختلاف النتائج التي تم التوصل إليها .

والباحث يرى أن الدراسة التي أجراها BECK كانت على بيئة ينتمي إليها بعكس West التي أجرت الدراسة على بيئة لا تنتمي إليها وهي بيئة المنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية ، ولهذا فتصنيفها لم يكن دقيقاً بدرجة كبيرة مما جعلها تتوصل إلى هذه النتيجة .

ثالثاً : الفرض الثالث : -

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى التعليم .

وللتحقق من مصداقية هذا الفرض قام الباحث بما يلي : -

تم تقسيم عينة المكتئبين على حسب المستوى التعليمي إلى مجموعتين : -

المجموعة الأولى : - الأقل تعليماً وتشمل الأمي والإبتدائي والمتوسط .

المجموعة الثانية : - الأكثر تعليماً وتشمل الثانوي والجامعي والدراسات العليا .

وهذا التقسيم كان الهدف منه التوصل إلى نتائج دقيقة تساعد الباحث في التعرف على المستويات التعليمية الأكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب . والجدول رقم (٥) يوضح ذلك .

جدول رقم (٥)
يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت)
ومستوى دلالتها الإحصائية في درجة الإصابة بالإكتئاب بين الأقل تعليماً والأكثر تعليماً

المتغير	تعليم منخفض (ن) = ٢١٢		تعليم مرتفع (ن) = ٨٨		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	متوسط	إنحراف معياري	متوسط	إنحراف معياري		
الإكتئاب	٥١ر٦٨	١١ر٤٦	٤٣ر٨٠	١٠ر٢٠	٥ر٦٠	٠١ر

ويتضح من خلال الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الأقل تعليماً والأكثر تعليماً في الإصابة بمرض الإكتئاب وذلك عند مستوى الدلالة (٠١ر٠) حيث كان متوسط عينة التعليم المنخفض (٥١ر٦٨) في حين كان متوسط عينة التعليم

المرتفع (٤٣٫٨٠) وللتأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هاتين المجموعتين تم استخدام اختبار (ت) (T . Test) .

حيث تبين أن الفرق بين المجموعتين لصالح مجموعة الأقل تعليماً وبذلك تحقق الفرض الثالث .

أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه (BECK) (غريب ، ١٩٨٥م) من أن أصحاب التعليم المرتفع أقل عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب ، أما (West , 1985) . فلقد توصلت إلى نتائج مخالفة تماماً ، وقد عللت ذلك بقولها أن هناك خطأ أجرائي في الدراسة السعودية وهي تقصد بذلك الدراسة التي أجرتها على المنطقة الشرقية ، فقد استخدمت معايير غربية وحاولت تطبيقها وتعميمها على البيئة السعودية متناسية الفارق الكبير في العادات والتقاليد والثقافات بين المجتمع السعودي المسلم المستمد مبادئه من الشريعة الإسلامية السمحة وبين المجتمعات الغربية التي تستمد مبادئها وعاداتها وثقافتها من قوانين وضعيه.

أن الباحث ومن خلال عمله مع المرضى النفسانيين لاحظ أن الغالبية العظمى منهم من مستويات التعليم المنخفض ولا يكاد يرى إلا أعداد بسيطة من أصحاب التعليم المرتفع تراجع العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة ولعل السبب في ذلك يعود إلى أن الإنسان المتعلم كلما زاد علمه زاد قربه من الله عز وجل ، وهو بهذا القرب من الله عز وجل يطرد عنه جميع الهموم والصراعات التي تؤدي به إلى الأمراض النفسية .

رابعاً : الفرض الرابع : -

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً للحالة الإجتماعية .

ولتحقق من هذا الفرض قام الباحث بتقسيمه إلى أربعة أقسام (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل) وذلك حتى يسهل عليه ضبط المجموعة والحصول على نتائج جيدة يمكن الاعتماد عليها والجدول رقم (٦) يوضح ذلك .

جدول رقم (٦)
يوضح مصدر التباين ، درجات الحرية ، مجموع المربعات ، متوسط المربعات وقيمة (ف) ومستوى الدلالة بين الإكتئاب والحالة الاجتماعية

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلاله
الإكتئاب	بين المجموعات	٣	٥١٤ر٩٤	١٧١ر٦٥	١ر٢٧	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٩٦	٤٠٠٩٠ر٤٨			
	المجموع الكلي	٢٩٩	٤٠٦٠٥ر٤١	١٣٥ر٤٤		

يتضح من خلال الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين (العزاب والمتزوجين والمطلقين والأرامل) .

ولو أن هناك فرقاً بسيطاً لصالح الأرامل ولكن هذا الفرق لا يمكن اعتباره دالاً إحصائياً لأنه لم يصل لدرجة الدلالة .

وهناك دراسات عديدة أجريت في هذا المضمار توصلت إلى نتائج مفادها أن المطلقين والمنفصلين هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الإكتئاب ولعل من أهمها الدراسة التي قام بها (Hirschfeld & Cross , 1982 , Harlow et al , 1991) .

والباحث يرى أن الحياة الزوجية السعيدة التي يسودها الود والتفاهم تكون حصناً منيعاً ضد الانهيار أمام الصدمات العنيفة ، وإن التفكك أو التناحر أو الطلاق من الأسباب المؤدية إلى الصراعات والاحباطات التي قد ينشأ عنها الامراض النفسية وما الإكتئاب إلا واحد من تلك الامراض .

خامساً : الفرض الخامس : -

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب تبعاً لمستوى الدخل .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلي : -

قسم عينة المكتئبين تبعاً لمستوى الدخل إلى ثلاث مجموعات : -

المجموعة الأولى : - مجموعة الدخل المنخفض ويتراوح دخل الفرد في هذه المجموعة من ٥٠٠ - ٢٠٠٠ ريال شهرياً .

المجموعة الثانية : - مجموعة متوسطيّ الدخل .

وهم ممن يتراوح دخلهم ما بين ٢١٠٠ إلى ٦٠٠٠ريال شهرياً .

المجموعة الثالثة : - وهي مجموعة مرتفعي الدخل وهم ممن يزيد دخلهم عن ٦١٠٠ ريال شهرياً .

والجدول رقم (٧) يوضح بالتفصيل النتائج المستحصلة .

جدول رقم (٧)
يوضح لنا مصدر التباين ، درجات الحرية ، مجموع المربعات ، متوسط المربعات ، قيمة (ف) ومستوى الدلالة بين الإكتئاب والدخل الشهري

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الإكتئاب	بين المجموعات	٢	٧٢٧ر٣٥	٢٧٣ر٦٧	٢ر٧١	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٩٧	٣٩٨٧٨ر٠٧			
	المجموع الكلي	٢٩٩	٤٠٦٠٥ر٤	١٣٤ر٢٧		

يتضح من خلال الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين (الدخل المنخفض ومتوسطي الدخل و الدخل المرتفع) في الإصابة بمرض الإكتئاب .

ولقد توصل كل من (Hirschfeld & Cross , 1982) إلى نتائج مفادها أن هناك علاقة عكسية بين مستويات الطبقة الاجتماعية ومعدلات الإصابة بالإكتئاب .

سادساً : الفرض السادس : -

يوجد إتفاق بين تشخيص الطبيب النفساني وما يقيسه مقياس الإكتئاب .

والجدول التالي يوضح هذه العلاقة : -

جدول رقم (٨)
يوضح تشخيص الطبيب النفساني النهائي للعينة الأساسية وعدد أفرادها والنسبة المئوية

التشخيص النهائي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
خالي من الإكتئاب	٧٢	٢٤ ٪
إكتئاب بسيط	١٨٧	٦٢ر٣ ٪
إكتئاب شديد	٤١	١٣ر٧ ٪
إكتئاب حاد	صفر	صفر
المجموع الكلي	٣٠٠	١٠٠ ٪

يتضح من خلال الجدول السابق أن الخالين من الإكتئاب كان عددهم (٧٢) فرداً من بين (٣٠٠) حالة إكتئاب تم تشخيصها من قبل الاطباء النفسانيين بالمنطقة الغربية مقابل (٢٢٨) حصلوا على درجة ٤٢ فما فوق على هذا المقياس أي انهم مصابين بمرض الإكتئاب وقد أوضحت في التعريف الاجرائي أن حصول المفحوص على ٤٢ درجة فما فوق على مقياس Beck لهو اشارة واضحة على إصابته بالإكتئاب صحيح أنه قد تختلف هذه الإصابة من حيث الشدة والبساطة ولكن هذا كله يرجع إلى عدة أسباب لعل منها :

* ان المريض قد تتغير انفعالاته بين وقت وآخر ، وقد يرتاح مع شخص معين فيكون صريحاً معه إلى حد كبير فيحصل منه على معلومات تكون دقيقة إلى حد كبير وقد لا يرتاح مع آخر فلا يحصل منه على معلومات أكيدة ، ولذلك تأتي النتائج متفاوتة إلى حد ما .

* اختلاف وجهات نظر الاطباء حول التشخيصات في الامراض النفسية عامة وما مرض الإكتئاب إلا واحد منها ويرجع ذلك إلى التصنيف الذي ينتمي إليه كل طبيب فمنهم من ينتمي إلى التصنيف الأمريكي D . s . m3 أو التصنيف العالمي I . C . D بالإضافة إلى بعض التصنيفات الآخرى كالتصنيف المصري D . m . pl زيادة على ذلك تشابك وتداخل الأعراض بين القلق والإكتئاب . ومع ذلك كله فإن نسبة الاتفاق بين تشخيص الطبيب النفساني وتشخيص هذا المقياس كانت (٧٦٪) في حين كانت نسبة الاختلاف فيما بينهم تصل إلى (٢٤٪) وهذه النسبة العالية في الاتفاق لها دلالة واضحة على قدرة هذا المقياس على تشخيص مرض الإكتئاب في بيئة مغايرة لبيئة واضع المقياس BECK آلا وهي بيئة المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية .

خلاصة نتائج الدراسة : -

بعد استعراض نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها توصل الباحث إلى ما يلي :-

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب في الجنس (الذكور والإناث) لصالح الإناث .

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب في السن وذلك لصالح كبار السن .

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب في مستوى التعليم لصالح الأقل تعليماً .

٤ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب في الحالة الاجتماعية.

٥ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الإكتئاب في مستوى الدخل.

٦ - يوجد اتفاق بين تشخيص الطبيب النفساني وما يقيسه مقياس الإكتئاب .

توصيات الدراسة ومقترحاتها : -

بناءاً على فروض الدراسة ونتائجها فإن الباحث يوصي بالمقترحات التالية : -

١ - الإهتمام بكبار السن من حيث ايجاد الأعمال المناسبة لهم وإشغال أوقات فراغهم بما يعود عليهم بالنفع وعدم التخلي عنهم من قبل أبنائهم والمجتمع المحيط بهم لأن ذلك يخلق لديهم الحزن الشديد ويدخلهم في كآبة دائمة ، وعلى الجهات المعنيه إيجاد الأندية الاجتماعية المناسبة لهم .

٢ - رفع مستوى التعليم الإجباري في المملكة العربية السعودية بحيث يصبح الحد الأدنى المرحلة الإعدادية لما لذلك من أهمية قصوى ليس في هذا المجال فحسب بل في مجالات أخرى عديدة .

٣ - إشراك وسائل الإعلام المختلفة من صحافة وإذاعة وتلفزيون في حملة لتوعية الناس للوقاية من الأمراض النفسية .

٤ - التوسع في العيادات النفسية بالعاصمة المقدسة لكي تتمكن من تغطية العدد الهائل من المراجعين على العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز .

٥ - توفير أخصائيين نفسانيين (رجال) بمستشفى الصحة النفسية بجدة .

٦ - تدريب العاملين في مجال الأمراض النفسية على كل جديد في مجال عملهم حتى يتسنى لهم القيام بعملهم خير قيام .

بحوث ودراسات مقترحة : -

في ضوء النتائج المستحصلة من الدراسة الحالية فإن الباحث يوصي بما يلي : -

١ - إجراء دراسة شبيهة بالدراسة الحالية على المناطق التالية : المنطقة الجنوبية ، والمنطقة الشمالية من المملكة العربية السعودية .

٢ - إجراء دراسات عديدة خاصة بتقنيين بعض المقاييس النفسية وبالذات المقاييس التشخيصية والتي تساعد الطبيب والأخصائي النفساني في الكشف عن المرض .

٣ - التوسع في إجراء مزيد من الدراسات السعودية لمعرفة مدى انتشار مرض الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين .

٤ - بناء مقياس للإكتئاب مستمد من البيئة السعودية ومقارنته بمقياس BECK المقنن على البيئة السعودية كالدراسة التي قام بها كل من (Zheng ,Y.P.& Lin ,K , 1991) على البيئة الصينية ، حيث قاما بمقارنة الاختبار الصيني للإكتئاب باختبار BECK المقنن على البيئة الصينية .

المراجع

❁ مراجع عربية .

❁ مراجع أجنبية.

المراجع العربية

* - القرآن الكريم .

١ - ابن حنبل ، الامام أحمد بن محمد (١٣٦٨هـ). مسند الامام . دار المعارف .

٢ - ابن قيم الجوزية، أبي عبد الله محمد بن أبي بكر. (بدون) إغاثة اللهفان. ج ١-٢. مكتبة دار التراث - القاهرة .

٣ - البخاري، الامام أبو عبد الله محمد بن المغيرة (١٤٠٩هـ). صحيح الامام ، فتح الباري في شرح صحيح البخاري ، شرح الإمام حافظ بن حجر العسقلاني ، دار الريان للتراث : مصر .

٤ - الترمذي، الامام أبي عيسى بن محمد بن سوره (بدون). تحف الأحوذي في شرح جامع الترمذي ، للامام الحافظ أبو العلى محمد عبد الرحمن كافوري . دار الفكر .

٥ - مسلم ، أبو الحسين بن الحجاج (بدون). صحيح الامام ، شرح الإمام محي الدين الشافعي . المطبعة المصرية .

٦ - ابراهيم ، عبد الستار . (١٩٨٨م) . علم النفس الاكلينكي ، مناهج التشخيص والعلاج النفسي . عالم المعرفة : الكويت .

٧ - ابراهيم ، عبد الستار . (١٩٨٥م) . العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان . عالم المعرفة: الكويت .

٨ - ثابت ، عبد الرؤوف . (١٩٦٥م) . الطب النفسي المبسط . دار النهضة الغربية : القاهرة .

٩- جلال ، سعد . (١٩٨٦م) . في الصحة العقلية ، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية . دار الفكر العربي : القاهرة .

١٠- الخاطر، عبد الله. (١٤١٣هـ) الحزن والإكتئاب في ضوء الكتاب والسنة، المنتدى الإسلامي.

١١- خضر ، على و الشناوي (١٩٩١م) . مقياس الحالة المزاجيه . الجمعية المصرية للدراسات النفسية . المؤتمر السابع لعلم النفس ، المنعقد من الفترة ما بين ٢-٤ سبتمبر . الأنجلو المصرية .

١٢- الحاج ، فائز محمد على . (١٩٨٧م) . الأمراض النفسية . جـ(١) ، ط (٣) . المكتب الإسلامي : الرياض .

١٣- الحنفي ، عبد المنعم . (١٩٧٨م) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي جـ (٢) . مكتبة مدبولي .

١٤- الرازي ، أبو بكر . (١٩٣٩م) . رسائل فلسفية . كتاب الطب الروحاني . جـ (١) . طبعة مصر .

١٥- الرازي ، أبو بكر . (١٩٥٥م) . الحاوي في الطب ، أمراض الرأس . جـ (١) . حيدر آباد .

١٦- الرفاعي ، نعيم . (١٩٨٧م) . الصحة النفسية ، دراسة في سيكولوجية التكيف . ط(٧) : دمشق .

١٧- زهران ، حامد عبد السلام . (١٩٧٨م) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط(٢) عالم الكتب : القاهرة .

١٨- زيور ، مصطفى . (١٩٨٦م) . في النفس . دار النهضة العربية : بيروت .

١٩- زيور ، مصطفى . (١٩٨٥م) . محاضرة في الإكتئاب النفسي . الجمعية المصرية للدراسات النفسية . مايو . الأنجلو المصرية .

٢٠- سلطان ، عماد الدين . (بدون) . الطب النفسي . دار النهضة العربية : القاهرة .

٢١- شاهين ، عمر ويحي الرخاوي . (١٩٧٧م) . مبادىء الأمراض النفسية . ط (٣) مكتبة النصر الحديثة : القاهرة .

٢٢- الشرقاوي ، مصطفى خليل . (١٩٨٣م) . علم الصحة النفسية . دار النهضة العربية : بيروت .

٢٣- صادق ، عادل . (١٩٩٠م) . الطب النفسي . ط (٢) دار الحرية : القاهرة .

٢٤- عبد الخالق ، أحمد (١٩٩١م) قياس الإكتئاب : دراسة مقارنه بين أربعة مقاييس . دراسات نفسيه . ك١ ، جـ ١ .

٢٥- عبد الخالق ، أحمد (١٩٩١م) مقياس للإكتئاب لدى الأطفال على البيئة المصرية . دراسات نفسيه . ك١ ، جـ ٢ .

٢٦- العفيفي ، عبد الحكيم (١٩٩٠م) الإكتئاب والانتحار : دراسة اجتماعية تحليلية . الدار المصرية اللبنانية .

٢٧- غريب ، غريب عبد الفتاح . (١٩٨٥م) . مقياس الإكتئاب . مكتبة النهضة المصرية : القاهرة .

٢٨- الغزالي ، أبو حامد . (بدون) . احياء علوم الدين . جـ (٦) . آداب السماع والوجد.

٢٩- قطب، سيد، (١٣٩٩هـ) في ظلال القرآن. م ٣ . ج ٨ - ١١. ط ٨ . دار الشروق.

٣٠- ليفين ، يوجين و لوبين . (١٩٧٥م) . سيكولوجية الإكتئاب . تعريب ونقد وتعليق : عزت الطويل . دار المريخ : الرياض .

٣١- مصطفى ، إبراهيم وآخرون . (بدون) . المعجم الوسيط . جـ (٢) . دار احياء علوم الدين .

٣٢- ياسين ، عطوف محمود . (١٩٨٨م) . أسس الطب النفسي الحديث . ط (١) منشورات بحسون الثقافة : لبنان .

المراجع الأجنبية

33 - American Psychiatric Association (1982) . **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3 rd ed) DSM III, Division of Publications and Marketing, Washington. D.C .

34 - American Psychiatric Association (1987). **Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders** (3ed ed). DSM 111 R, American psychiatric Association, Washington. DC.

35 - Angst , Z , Vollrath . M & Koch . R (1987) . **New Aspects on Epidemiology of Depression , Lofepramine in the Treatment of Depressive Disorders** , International Symposium , Organized by the Psychiatric University Hospital Zurich , october , 22-24. Edited , Angst Z & woggon B , P.P. 1-14 .

36 - Brown , Felix (1961) . Depression and child hood bereavement **Journal of Mental Science** . **107** , P.P 754 - 777.

37 - Cassidy , W.L , Flanagan , M.D. , Spell man . M. , and Cohen . M.E (1957) . Clinical observations in manic - depressive disease : Aquantitative study of 100 manic - depressive Patients and 50 medically sick controls . **Journal of the American Medical Association**. **164**. P.P 1535 - 1546.

38 - El Sendiony , M.F (1981) **The Effect ofIslamic Sharia On Behairoural Disturbances In The Kingdom of Saudi Arabia : A Case Study of Transcultural Psychiatry** . Makkah Printing & Publishing Company .

39 - Ettigi , Prakash G. Brown , Greqory M . (1977) .Psychoneuroendo - crenolgy of affective disorder : **psychiatry. 134 (5), p.p. 493 - 501 Journal of psychiatry** , **134** (5), P.P 493 - 501 .

40 - Gelder , M . , Gath , D . & Mayou , R . (1989) . **Oxford Textbook of psychiatry** . Oxford university press , Oxford .

41 - Gold M . S & Martin D . (1982) . **Diagnosis and Treatment with Tricyclic Antidepressants** . Institute of Hospitals community Psychiatry . Kentucky .

42 - Harlwo , S . D ., Goldberg , E . L & Comstock , G . W . (1991) . **A longitudinal study of the Prevalence of depressive symptomtology in elderly** . Arch . GEN . Psychiatry , **48,** P . 1065 .

43 - Hirschfeld , R . M . A & Cross , C . K . (1982) .**Epidemiology of Affective** . Disorders . Arch . Gen . Psych . (39) .

44 - Kaplan H.I & sadock B.J. (1988). **psynopsis of psychiatry,** Behavioral Sciences, Clenical psychiatry. Williams & Wilkins, U.S.A.

45 - Kotin J. & Goodwin F.K. (1972). Depression during mania. Clenical observations & theoritical implications. **American Journal of psychiatry .**

46 - Mark . S . Gold & David Martin (1982) . **Diagnosis and Treatment With Tricyclic Antidepressants** 34 th Institute on Hospital & Community Psychiatry , October 11 - 14 ..

47 - Mendelson M. (1982). **psychology mamics of depression. In Handbook of affective disorders** (ed. E.S. paykel). Ehurchill Livingstone, Edinburgh.

48 - Rushing , W . A . (1968) .**Individual behavior and suicidc In Gibbs** JP . (ED) Suicide , Newyork : Harper & Row .

49 - Shneid man E . S . (1965) . Preventing Suicide .**American Journal of Nursing** .

50 - Silverman . C (1968) . The epidemiology ofdepression areview . **American Journal of Psychiatry** .

51 - Watts . C . A . H (1966) . Depressive disorders inthe **Community Bristiol U . J** . Wright & Sons .

52 - West . J . (1982) Comparison of depressivesymptomatology between Saudi and American Psychiatric out patients in an Eastern Province . **Medical Center , International Journal of Social Psychiatry** , **31** . (3). P. P 230 - 234.

53 - West. J & Kaisi . (1985) . An Arabic Validation ofA Depression Inventory . **International Journal of Social Psychiatry** , **31** . (4) . P . P 282 - 286 .

54 - World Health Organisation (1987). ICD - 10, 1986 Draft of Chapter V. Mental behavioural & developmental disorders. World Health Organisation, Geneva.

55 - Zheng , Y . P . & Lin, K (1991) . **Comparisonofthe chinese depression invetory and the , chinese version of the Beck depression inventory acta psych. Scnad** . **84**. P.P 531 - 536 .

الملاحق

* مقياس BECK للحالة المزاجية.
* تعديلات على بعض الفقرات .
* جداول توضح عدد المرضى الجدد والمترددين على بعض العيادات والمستشفيات النفسية بالمنطقة الغربية.

مقياس BECK

للحالة المزاجية

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي العزيز / أختي العزيزة

السلام عليكم ورحمه الله وبركاته ... وبعد

ارجو منك التكرم بالإجابه على الأسئلة التالية وهي عبارة عن مجموعة أسئلة تقيس حالتك المزاجية خلال الأسبوع الأخير بما فيه هذا اليوم ، وستكون المعلومات المدلى بها في غايه السريه لأن الهدف منها إثراء البحث العلمي بما يعود عليك وعلى غيرك بالمنفعه إن شاء الله .

وشكراً . ،،،

الباحث

علي حسن الزهراني

المعلومات العامه

الاسم : .... الجنس : ذكر (   ) ، أنثى (   )

السن : من ١٠ ـ ٢٠ سنه (   )

من ٢١ ـ ٣٠ سنه (   ) من ٣١ ـ ٤٠ سنـــه (   )

من ٤١ ـ ٥٠ سنه (   ) من ٥١ سنه فما فوق (   ) .

المستـوى التـعليـمى : امـــى (   ) ابـتـدائـــي (   ) مـتـوســـط (   )
ثانوى (   ) جامعى (   ) دراسات عليا فما فوق (   ) .

الحاله الاجتماعية : أعزب (   ) متزوج (   ) مطلق (   ) أرمل (   ) .

عدد الأولاد : (   ) .

الدخل الشهرى : أقل من ١٥٠٠ ريال (   )

مـــن ١٥٠٠ ـ ٣٠٠٠ ريال (   ) مـــــن ٣٠٠٠ ـ ٦٠٠٠ (   )
من ٦٠٠٠ ـ ٨٠٠٠ ريال (   ) من ٨٠٠٠ ريال فما فوق (   ) .

الزمن المستغرق في أداء الاختبار : (   ) .

اسم الفاحص : .... مكان الفحص : ....

تعليمات

أرجو قراءة كل عباره من عبارات المقياس بدقـه حيث أن المقياس يتكون من (٢١) بُعد يتكون كل بُعد من أربع عبارات تتناول موضوع معين وعليك اختيار العباره التى تنطبق عليك ووضع رقمها بالمربع المخصص لذلك .

وشكرا . ...

أولاً :

١ ـ لا أشعر بحزن .

٢ ـ أشعر بالحزن في بعض الأوقات .

٣ ـ أشعر بحزن طوال الوقت ولا استطيع ان اتخلص منه .

٤ ـ أني حزين بدرجه لا أستطيع تحملها .

ثانياً :

١ ـ لست متشائماً بالنسبه للمستقبل .

٢ ـ اشعر بتشاؤم بالنسبه للمستقبل في بعض الأوقات .

٣ ـ اشعر بإنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل .

٤ ـ اشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الامور لن تتحسن .

ثالثاً :

١ ـ لا أشعر انى فاشل .

٢ ـ أشعر انى فشلت أكثر من المعتاد .

٣ ـ عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا ارى سوى الفشل الذريع .

٤ ـ أشعر بأني شخص فاشل تماماً .

رابعاً :

١ ـ استمتع بدرجه كافيه بجوانب الحياه كما اعتدت من قبل .

٢ ـ لا استمتع بجوانب الحياه على النحو الذى تعودت عليه .

٣ ـ لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شىء في الحياه .

٤ ـ سئمت الحياه كلياً .

خامساً :

١ ــ لا أشعر بالذنب .

٢ ــ أشعر بالذنب بعض فترات من الوقت .

٣ ــ أشعر شعوراً عميقاً بالذنب في أغلب الأوقات .

٤ ــ أشعر بالذنب بصفه دائمه .

سادساً :

١ ــ لا أشعر بأني اتلقي عقاباً .

٢ ــ أشعر بأني قد اتعرض للعقاب .

٣ ــ أتوقع أن اعاقب .

٤ ــ أشعر بأني أتلقي عقاباً .

سابعاً :

١ ــ لا أشعر بعدم الرضا عن نفسى .

٢ ــ انا غير راضي عن نفسى .

٣ ــ انا مشمئز من نفسى .

٤ ــ اكره نفسى .

ثامناً :

١ ــ لا أشعر بأني اسوأ من الأخرين .

٢ ــ انتقد نفسي بسبب ضعفى وأخطائي في بعض الأوقات .

٣ ــ ألوم نفسي معظم الوقت على ضعفى وأخطائي .

٤ ــ ألوم نفسي على كل شىء سيىء يحدث لى .

تاسعاً :

١ ـ لا أفكر في الحاق الأذى الشديد بنفسى .

٢ ـ لدى أفكار لالحاق الأذى الشديد بنفسى .

٣ ـ اود أن ادمر نفسى .

٤ ـ سوف أدمر نفسى إذا اتيحت لي الفرصه .

عاشراً :

١ ـ لا أبكى أكثر من المعتاد .

٢ ـ أبكى الأن أكثر من ذي قبل .

٣ ـ أبكى طوال الوقت .

٤ ـ لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنى الأن لا استطيع البكاء حتى لو كانت لدى رغبه في ذلك لشدة حزني .

حادى عشر :

١ ـ لست متوتراً أكثر من ذي قبل .

٢ ـ اتضايق أو أتوتر بسرعه أكثر من ذي قبل .

٣ ـ أشعر بالتوتر كل الوقت .

٤ ـ لا أتوتر ابداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى .

ثانى عشر :

١ ـ لم أفقد الإهتمام بالناس الأخرين .

٢ ـ اني اقل أهتماماً بالأخرين مما اعتدت ان أكون .

٣ ـ لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الأخرين .

٤ ـ لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الأخرين .

ثالث عشر :

١ ـ أتخذ القرارات على نفس المستوى الذي اعتدته تقريباً .

٢ ـ لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصوره أكبر مما مضى .

٣ ـ أجد صعوبه أكبر في اتخاذ القرارات مقارنه بما كنت أقوم به .

٤ ـ لم أعد استطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق .

رابع عشر :

١ ـ لا أشعر اني ابدو في حاله أسوأ عما اعتدت أن أكون عليه .

٢ ـ يقلقني أني ابدو أكبر سناً وأقل جاذبيه .

٣ ـ أشعر بأن هناك تغيرات مستديمه في مظهرى تجعلني ابدو أقل جاذبية .

٤ ـ اعتقد أني ابدو كريهاً .

خامس عشر :

١ ـ استطيع ان اقوم بعملي كما تعودت .

٢ ـ احتاج لجهد كبير لكى ابدأ في عمل شيء ما .

٣ ـ ان على ان اضغط على نفسى بشده لعمل أي شيء .

٤ ـ لا استطيع ان اقوم بعمل أي شيء على الاطلاق .

سادس عشر :

١ ـ استطيع أن انام كالمعتاد .

٢ ـ لا أنام كالمعتاد .

٣ ـ استيقظ قبل موعد استيقاظى بساعه أو ساعتين وأجد صعوبه في النوم مره أخرى .

٤ ـ استيقظ قبل بضعه ساعات من موعدى المعتاد ولا استطيع العوده إلى النوم مره أخرى .

سابع عشر :

١ ـ لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد .

٢ ـ أتعب بسرعه عن المعتاد .

٣ ـ أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء .

٤ ـ اني متعب جداً لدرجه أني لا استطيع ان أقوم بأي عمل .

ثامن عشر :

١ ـ أن شهيتى للطعام ليست أقل من المعتاد .

٢ ـ أن شهيتى للطعام ليست جيده كالمعتاد .

٣ ـ أن شهيتى للطعام أسوأ كثيراً الأن .

٤ ـ ليس لدي شهيه للطعام على الاطلاق .

تاسع عشر :

١ ـ لم ينقص وزنى في الأونه الأخيره .

٢ ـ فقدت أكثر من ٥ ك جرام من وزنى .

٣ ـ فقدت أكثر من ١٠ ك جرام من وزنى .

٤ ـ فقدت أكثر من ١٥ ك جرام من وزني .

عشرون :

١ ـ لست منشغلاً على صحتى أكثر من ذي قبل .

٢ ـ اني مشغول ببعض المشكلات البدنيه مثل الأوجاع واضطرابات المعده والإمساك .

٣ ـ اني مشغول جداً بالمشكلات اليوميه ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر .

٤ ـ اني مشغول تماماً بمشكلاتي البدنيه لدرجه أني لا استطيع أن أفكر في أي شيء آخر .

واحد وعشرون :

١ ـ شعوري نحو الجنس الأخر شعور عادى .

٢ ـ شعوري نحو الجنس الأخر فاتر .

٣ ـ ليس لدي شعور نحو الجنس الأخر .

٤ ـ أكره الجنس الأخر .

الدرجه	الفئـــه

تعديـــــلات عـــلى بعض الفقـرات

جدول رقم (٩)
تعديلات على بعض الفقرات

رقم المتغير	رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
٧	٣	انا متعض من نفسي	انا مشمئز من نفسي
١٤	٤	اعتقد أني ابدو قميئاً	اعتقد أني ابدو كريهاً

جداول توضح عدد المرضى الجدد

والمترددين على بعض العيادات

والمستشفيات النفسية بالمنطقة

الغربية في الفترة الممتدة

ما بين شهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ

- شهر (ربيع أول) لعام ١٤١٢هـ

جدول رقم (١٠)

يوضح عدد المرضى الجدد

والمترددين على مستشفى الصحة

النفسية بجدة للفترة الممتدة

ما بين شهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ

- شهر (ربيع أول) لعام ١٤١٢هـ

جدول رقم (٩) يوضح عدد المرضى الجدد والمترددين على

العيادة الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بجدة خلال الفترة من شهر « شوال » عام ١٤١٢هـ إلى شهر « ربيع أول » عام ١٤١٣هـ

الأمراض	الرمز الدولي	التصنيف	المجموع الكلي لكل مرض خلال الستة أشهر	نسبة انتشار كل مرض مقارنة ببقية الامراض النفسيه الأخرى
الأمراض الذهانية	٢٩٠	عته الشيخوخة	١٧٩	٪ ٤
	٢٩٤	ذهانات عضوية	١١٦	٪ ٣
	٢٩٥	ذهانات فصامية	١٧٧٩	٪ ٣٠
	٢٩٦.٣	هوس اكتئابي دوري	٢٠٠	٪ ٤
الأمراض العصابية	٣٠٠	قلق	٤٦٩	٪ ٩
	٣٠٠.١	هستيريا	٩٣	٪ ١,٦
	٣٠٠.٢	خواف	٥٤	٪ ٠,٩
	٣٠٠.٤	اكتئاب نفسي (عصابي)	١٥٠٨	٪ ٢٧
	٣٠٠.٧	توهم المرض	٢٣	٪ ٠,٤
اضطرابات الشخصية والنفسية	٣٠١	اضطراب شخصية	١١٧	٪ ٢
	٣٠٤.٣٠٣	الاعتماد على الكحول والعقاقير	٩٥	٪ ٢
	٣١٨.٣١٧	تخلف عقلي	٢٩٧	٪ ٧
	٣٤٥	الصرع	٤٨٧	٪ ٨
المجموع الكلي لجميع الأمراض			٥٥١٧	٪ ١٠٠

حالات المراجعة لشهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	١	٦	–	١٠	–	–	١	١٦
ذهانات عضوية	١	–	١	–	–	–	٢	–
ذهانات فصامية	٦	١٦٥	٥	٩٧	–	–	١١	٢٦٢
هوس اكتئابي دوري	١	١٠	–	٤	–	–	١	١٤
قلق	٢٥	٣١	٥	٢٠	–	–	٤٠	٥١
هستيريا	١	٢	٥	١٠	–	–	٦	١٢
خواف	١	٢	–	٢	–	–	١	٤
اكتئاب نفسي (عصابي)	١٦	٨٠	٦	٩٣	–	–	٢٢	١٧٣
توهم المرض	–	–	–	٢	–	–	–	٢
اضطراب شخصية	٤	١١	١	٤	–	–	٥	١٥
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٦	٩	–	–	–	–	٦	٩
تخلف عقلي	٣	٢١	١	١١	٣	١	٧	٣٣
الصرع	٤	٢٤	١	٣٦	–	٤	٥	٧٤

حالات المراجعة لشهر (ذو القعدة) لعام ١٤١٢هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	٨	١٦	٨	٢٦	–	–	١٦	٤٢
ذهانات عضوية	٤	٢	–	٨	–	–	٤	٢٨
ذهانات فصامية	١٩	٢٣٧	١٠	١٤٤	–	–	٢٩	٢٨١
هوس اكتئابي دوري	١	٢٤	٢	٢٢	–	–	٣	٤٦
قلق	١٨	٢٧	١٢	١٧	–	–	٣٠	٤٤
هستيريا	٢	٦	٣	٥	–	–	٥	١١
خواف	٢	٤	–	٣	–	–	٢	٧
اكتئاب نفسي (عصابي)	٢٤	١٢٧	٤٥	٢٢٨	–	–	٦٩	٣٥٥
توهم المرض	–	٣	١	٥	–	–	١	٨
اضطراب شخصية	٥	١٢	١	٧	–	–	٦	١٩
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٤	١٦	–	٣	–	–	٤	١٩
تخلف عقلي	٧	١٩	٣	٢١	١١	٢٢	٢١	٦٢
الصرع	٧	٥	٦	٤٨	٤	٥	١٧	١٠٢

حالات المراجعة لشهر (ذو الحجة) لعام ١٤١٢هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	٤	٥	٥	١١	–	–	١	١٦
ذهانات عضوية	–	–	١	٢	–	–	١	٢
ذهانات فصامية	٦	٤٥	٧	٧٤	–	–	١٣	١١٩
هوس اكتئابي دوري	٢	٣	٣	٧	–	–	٥	١٠
قلق	١	٦	٥	٦	–	–	١٤	١٢
هستيريا	–	–	٢	٢	–	–	٢	٢
خواف	٢	–	٢	١	–	–	٤	١
اكتئاب نفسي (عصابي)	٧	٣٠	٤٩	١٢١	–	–	٥٦	١٥١
توهم المرض	١	–	١	–	–	–	٢	–
اضطراب شخصية	١	٥	٣	٥	–	–	٤	١٠
الاعتماد على الكحول والعقاقير	–	٧	–	–	–	–	–	٧
تخلف عقلي	١	٤	٦	١٨	٤	٦	١١	٢٨
الصرع	٢	١٢	–	٢٨	١	٧	٣	٤٨

حالات المراجعة لشهر (محرم) لعام ١٤١٢هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	١	٩	١	١٢	–	–	٢	٢١
ذهانات عضوية	٢	١٣	٢	٥	–	–	٤	١٨
ذهانات فصامية	٣٣	٢٠٧	٧	١١٨	–	–	٤٠	٣٢٥
هوس اكتئابي دوري	–	١٣	٢	٧	–	–	٢	٢٠
قلق	١٣	٤١	٩	٣٠	–	–	٢٢	٧١
هستيريا	١	٦	٢	٦	–	–	٤	١٢
خواف	٢	٥	–	–	١	–	٣	٥
اكتئاب نفسي (عصابي)	٣١	١١٢	١٩	١٦٥	١	–	٥١	٢٧٧
توهم المرض	–	٢	–	١	–	–	–	٢
اضطراب شخصية	٤	١١	–	٢	–	–	٤	١٣
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٣	١١	١	٢	–	–	٤	١٣
تخلف عقلي	١٥	٢٢	٥	٢١	٢٤	٥	٤٤	٤٨
الصرع	١٢	٥١	٥	٢٤	٥	٥	٢٢	٨٠

حالات المراجعة لشهر (صفر) لعام ١٤١٣هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	١	١٠	–	٩	–	–	١	١٩
ذهانات عضوية	١	١٩	–	٥	–	–	١	٢٤
ذهانات فصامية	٢٤	١٥٦	٨	٦٨	–	–	٣٢	٢٢٤
هوس اكتئابي دوري	٣	٢٥	٢	١٥	–	–	٦	٤٠
قلق	٢٧	٢٨	٥	٢٤	–	–	٣٢	٥٢
هستيريا	٦	٥	٧	٤	–	–	١٣	٩
خواف	٥	١	١	٣	–	–	٦	٤
اكتئاب نفسي (عصابي)	٣٣	١١٠	٣٣	١٠١	–	–	٦٦	٢١١
توهم المرض	١	١	–	–	–	–	١	١
اضطراب شخصية	٨	١٤	–	٣	–	–	٨	١٧
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٦	١٨	–	١	–	–	٦	١٩
تخلف عقلي	١٢	١٢	٣	٩	١١	٩	٢٧	٣١
الصرع	٧	٢٨	–	١١	٢	١	٩	٤٨

حالات المراجعة لشهر (ربيع أول) لعام ١٤١٣هـ

التصنيف	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	أطفال ج	أطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	٦	١٥	٢	١٠	–	–	٨	٢٥
ذهانات عضوية	٤	١٣	١	٤	–	–	٥	١٧
ذهانات فصامية	٢٢	١٧٢	٥	١٤١	–	–	٢٧	٣١٦
هوس اكتئابي دوري	٢	٢٩	٢	٢٠	–	–	٤	٤٩
قلق	١٩	٣٤	١٦	٣٢	–	–	٢٥	٦٦
هستيريا	٥	٧	٧	٩	١	–	١٠	٧
خواف	٥	٤	٢	٣	٣	–	١٠	٧
اكتئاب نفسي (عصابي)	٣٠	١٠٩	٤١	٢٩٧	–	–	٧١	٤٠٦
توهم المرض	–	١	١	٢	–	–	١	٣
اضطراب شخصية	٥	٥	–	٦	–	–	٥	١١
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٣	٥	–	–	–	–	٣	٥
تخلف عقلي	٥	٢٩	٣	١٩	١٧	١٢	٢٥	٦٠
الصرع	٥	٢٩	٣	٢٢	١٠	٧	٢٠	٥٨

جدول رقم (١١)

يوضح عـــدد المرضـى الجـــدد

والمترددين على العيادة النفسية

بمستشفى الملك عبد العــزيز

بمكة المكرمة في الفتــرة

ما بين شهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ

- شهر (ربيع أول) لعام ١٤١٢هـ

جدول رقم (١٠) يوضح عدد المرضى الجدد والمترددين على
العيادة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة خلال الفترة من شهر « شوال » عام ١٤١٢هـ إلى شهر « ربيع أول » عام ١٤١٣هـ

الأمراض	الرمز الدولي	التصنيف	حالات المراجعة لشهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ								حالات المراجعة لشهر (ذو القعدة) لعام ١٤١٢هـ							
			ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م
الأمراض الذهانية	٢٩٠	عته الشيخوخة	–	٢١	–	٢١	–	–	–	٤٢	٢	٣٥	–	١٨	–	–	٢	٥٣
	٢٩٤	ذهانات عضوية	٩	١٠٦	٥	١٠٩	–	–	١٤	٢١٥	٥	١١٣	٤	١٠٤	–	–	٩	٢١٧
	٢٩٥	ذهانات فصامية	٣	٢٢٥	–	١٢٠	–	–	٣	٢٥٥	٣	٢٨٨	٢	١٣٥	–	–	٥	٤٢٣
	٢٩٦.٣	هوس اكتئابي دوري	–	١	–	١	–	–	–	٢	–	٤	–	٢	–	–	–	٦
الأمراض العصابية	٣٠٠	قلق	٢٨	٢١٠	١٢	١٢٥	–	–	٤٠	٢٤٥	٣٢	٢٣٥	٢٠	١٧٥	–	–	٥٢	٤١٠
	٣٠٠١	هستيريا	–	٣	٢	١	–	١	٢	٥	٢	٣	–	٦	–	–	٢	٩
	٣٠٠٢	خواف	–	–	–	–	–	١	–	١	١	٥	–	٢	–	–	١	٧
	٣٠٠٤	اكتئاب نفسي (عصابي)	٨	١٣٠	٧	١٦٥	–	–	١٥	٢٩٦	١٢	١٣٦	٧	١٥٠	–	–	٢٠	٢٨٦
	٣٠٠٧	توهم المرض	–	–	–	١	–	٢	–	٢	–	٢	–	–	–	–	–	٢
اضطرابات الشخصية والنفسية	٣٠١	اضطراب شخصية	–	١٠	–	–	–	–	–	١٠	–	١٥	–	٢	–	–	–	١٧
	٣٠٢-٣٠٤	الاعتماد على الكحول والعقاقير	٧	٢٥	–	–	–	–	٧	٢٥	٢٠	٥	٢١	–	–	–	٥	٢٦
	٣١٧-٣١٨	تخلف عقلي	–	١٤	٢	١٠	٢	١٠	٢	٢٤	–	٨	–	١٣	–	٤	–	٢٥
	٣٤٥	الصرع	٥	٢٢١	١	١١٤	–	٣٦	٥	٢٧١	٥	١١٥	٣	١٢٠	٢	٤٣	١١	٢٥٨

التصنيف	حالات المراجعة لشهر (ذو الحجة) لعام ١٤١٢هـ								حالات المراجعة لشهر (محرم) لعام ١٤١٣هـ							
	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م
عته الشيخوخة	٢	١٤	١	١٣	–	–	٣	٢٧	١	١٦	٢	٢١	–	–	٢	٢٧
ذهانات عضوية	١٧	١٠٢	١١	٨٨	–	–	٢٨	١٩٠	٨	١٠٢	٦	٦٨	–	–	١٤	١٧٠
ذهانات فصامية	١٠	٢٤٦	٧	١٤٦	–	–	١٧	٣٩٢	٥	٢٨٥	٢	١٥٠	–	–	٧	٤٣٥
هوس اكتئابي دوري	٢	١	١	٢	–	–	٣	٤	–	٥	–	٥	–	–	–	١٠
قلق	٥٢	١٢٥	٣٦	١٠٩	–	–	٧٨	٢٤٤	٣٣	١٨٠	١١	١٤٠	–	–	٤٤	٣٢٠
هستيريا	١	–	١	٥	–	–	٢	٥	١	–	–	٥	–	–	١	٥
خواف	–	–	–	١	–	–	–	١	–	٢	–	١	١	–	–	٣
اكتئاب نفسي (عصابي)	١٥	١٢٤	١٥	١٦٥	–	–	٢٠	٢٨٩	١١	٩٩	٢	١٣٧	١	–	١٣	٢٣٦
توهم المرض	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١	–	–	–	١
اضطراب شخصية	–	١٢	–	–	–	–	–	١٢	–	١٦	–	–	–	–	–	١٦
الاعتماد على الكحول والعقاقير	١٠	١٨	–	–	–	–	١٠	١٨	٦	٢٢	–	٢	–	–	٦	٢٤
تخلف عقلي	٢	١١	–	٥	–	٤	٢	٢٠	–	١٥	١	٦	–	٨	١	٢٩
الصرع	١٢	١٥٢	١٣	١٥٢	–	١٢	٢٦	٢٦٠	٧	١٩٠	٣	٩٧	١	٤١	١١	٣٢٨

التصنيف	حالات المراجعة لشهر (صفر) لعام ١٤١٣هـ								حالات المراجعة لشهر (ربيع أول) لعام ١٤١٣هـ								المجموع الكلى لكل مرض خلال الستة أشهر	نسبة انتشار كل مرض مقارنة ببقية الامراض النفسية الأخرى
	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م	ذكور ج	ذكور م	اناث ج	اناث م	اطفال ج	اطفال م	مجموع ج	مجموع م		
عته الشيخوخة	١	٢٥	١	١٤	–	–	٢	٣٩	٣	٢٤	١	١٤	–	–	٤	٣٨	٢٤٦	٪٢
ذهانات عضوية	١٢	٦٥	٥	٦٠	٦٠	–	١٧	١٢٥	٤	٥٩	١	٥٣	–	–	٥	١١٢	١٠١٦	٪١٠
ذهانات فصامية	٧	٢٥٥	–	١٣٠	–	–	٧	٢٨٥	٦	٢٦٣	١	١٤٥	–	–	٧	٤٠٨	٢٤٦٤	٪٢٤
هوس اكتئابي دوري	–	٧	–	٤	–	–	–	١١	–	٤	–	١	–	–	–	٩٧	٤٣	٪٠,٤
قلق	٤٤	٢٤١	١٦	١٦٠	–	–	٦٠	٤٠١	٤٠	١٨٣	١٤	١١٥	–	–	٥٤	٢٩٨	٢٣٥٦	٪٢٣
هستيريا	٢	٧	–	٩	–	–	٢	١٦	–	٤	–	٩	–	–	–	١٣	٦٢	٪١
خواف	–	١	–	١	–	–	–	٢	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥	٪٠,١
اكتئاب نفسي (عصابي)	١١	٨٧	٥	٩٥	–	–	٦٦	١٨٢	٥	٨٩	–	١٣١	–	–	٥	٢٢٠	١٥٦٨	٪١٥,١٨
توهم المرض	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢	–	–	–	٢	١٢	٪٠,١٢
اضطراب شخصية	١	٤	–	٣	–	–	١	٧	–	١٠	–	–	–	–	–	١٠	٧٣	٪١
الاعتماد على الكحول والعقاقير	٢	٢٢	–	١	–	–	٢	٢٣	٢	٢١	–	–	–	–	٢	٢١	١٧٩	٪١,٥
تخلف عقلي	١	٨	–	٤	–	٦	١	١٨	–	٨	–	٩	–	٦	–	٢٣	١٧١	٪١,٧
الصرع	٧	١٦٥	٤	١٣٠	–	٢٢	١١	٣١٧	٥	١٩٥	٣	١١٤	–	٢٥	٨	٣٣٤	٢٠٧٠	٪٢٠
المجموع الكلى لجميع الأمراض																	١٠٢٧٥	٪١٠٠

جدول رقم (١٣)

يوضح عدد المرضى الجدد

والمترددين على مستشفى الصحة

النفسية بالطائف في الفترة

ما بين شهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ

- شهر (ربيع أول) لعام ١٤١٢هـ

جدول رقم (١١) يوضح عدد المرضى الجدد والمترددين على

العيادة الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف خلال الفترة من شهر « شوال » عام ١٤١٢هـ إلى شهر « ربيع أول » عام ١٤١٣هـ

الأمراض	الرمز الدولي	التصنيف	حالات المراجعة لشهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ				حالات المراجعة لشهر (ذو القعدة) لعام ١٤١٢هـ				حالات المراجعة لشهر (ذو الحجة) لعام ١٤١٢هـ				حالات المراجعة لشهر (شوال) لعام ١٤١٢هـ				حالات المراجعة لشهر (ذو القعدة) لعام ١٤١٢هـ				حالات المراجعة لشهر (ذو الحجة) لعام ١٤١٢هـ				المجموع الكلي لكل مرض خلال الستة أشهر	نسبة انتشار كل مرض مقارنة ببقية الأمراض النفسية الأخرى
			ذكور	اناث	اطفال	مجموع	ذكور	اناث	اطفال	مجموع	ذكور	اناث	اطفال	مجموع	ذكور	اناث	اطفال	مجموع	ذكور	اناث	اطفال	مجموع	ذكور	اناث	اطفال	مجموع		
الأمراض الذهانية	٢٩٠	عته الشيخوخة	٩	٦	-	١٥	٢٠	٧	-	٢٧	١١	٥	-	١٦	٩	٤	-	١٣	٧	٥	-	١٢	١٦	٤	-	٢٠	١٤٤	٪١
	٢٩٥	الفصام	٢١٥	١٢١	٢	٣٣٨	١١٦	٥٩	-	١٧٥	٢٥٧	١٤٧	٢	٤٠٧	٢٦٠	١٢٢	-	٣٩٢	٢٣٦	١٣١	١	٣٦٨	٢٢١	٩٣	٣	٣١٧	١٩٩٧	٪١٥
	٢٩٦.٢	الهوس	٩٢	٦٢	-	١٥٤	٦١	٢٥	-	٨٦	٥٤	٣١	-	٨٥	٧٠	٤٤	-	١١٤	٤٤	٢٥	٢	٧١	٨٦	٣١	٢	١١٩	٦٢٩	٪٥
الأمراض العصابية	٣٠٠	القلق	٩٥٧	٤٨٢	-	١٤٣٩	١١١٧	٥٩٦	-	١٧١٣	٨٧٩	٤٥٦	-	١٣٣٥	٧٦٦	٤١٦	-	١١٨٢	٧٤٣	٥٠٨	-	١٢٥١	٧٨٣	٤٧٨	-	١٢٦١	٨١٨١	٪٦٥
	٣٠٠.٤	الاكتئاب	١٤٩	٩٨	-	٢٤٧	١٢٨	٨٣	-	٢١١	٢١٠	١٠٥	١	٣١٦	١٩٧	٩١	-	٢٨٨	١٠٦	٩٥	-	٢٠١	٢٢٩	٩١	-	٣٢٠	١٨٠٣	٪١٤
	٣٠٠.١	الهستيريا	٤	٢	-	٦	٢	١	-	٣	٢	١	-	٣	٤	١	-	٥	٥	٢	-	٧	٧	٣	-	١٠	٤١	٪٠.٣٥
	٣٠٠.٢	الخوف	٧	٢	-	٩	٨	٢	-	١٠	٧	٣	-	١٠	١٠	١	-	١١	٨	١	-	١٠	٩	٣	-	١٢	٦٢	٪٠.٤٥
الاضطرابات الشخصية والنفسية	٣٠١	الاضطرابات الشخصية	١٦	٢١	-	٣٧	٢٧	٤	-	٣١	٥١	١٢	-	٦٣	١٧	٢	-	١٩	٦	٢	-	٨	٨	٢	-	١٠	٢١٠	٪١.٦٥
	٣١٨،٣١٧ ٣١٩	التخلف العقلي	١٢	٢١	١	٣٤	٥٧	٢٨	١٤	٩٩	٤٢	١٣	٤	٥٩	٢٧	١٢	٢	٤١	٢٥	١٢	٥	٤٢	٤١	١٥	٧	٦٣	٣٩٩	٪٣
	٣٤٥	الصرع	٢٢	٧	٢	٣١	٢٤	١١	٥	٤٠	١٩	٥	٢	٢٦	٩	٨	٢	١٢	١١	٩	٤	٢٤	٢٠	١١	٥	٣٦	١٧٦	٪١
المجموع الكلي لجميع الأمراض																											١٢٦٤٨	٪١٠٠